ᐊᖏᔪᒍᑦᓯᐅᑎᓂᖅ ᑐᓴᖅᑎᕐᔪᓂᖅ

ANNUAL REPORT
RAPPORT ANNUEL

2008 – 2009



ᓄᓇᕗᒻ ᓄᓇᕗᑦᓯᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ ᐃᓕᓴᕆᓂᖏᓐᓄᑦ ᐱᒋᔨᓂᖏᓪᓗᒍ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ᐊᓕᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐊᓕᓴᐃᑎᖅᑐᓂᒃ / **Dépôt légal / Legal deposit**
ᐃᐯᒻᒥ ᐊᑐᐊᒪᖏᓐᓄᐊᑦ / Bibliothèque nationale du Québec / National Library of Quebec – 2009
ᑲᓇᑕᒥ ᐊᑐᐊᒪᖏᓐᓄᐊᑦ / Bibliothèque nationale du Canada / National Library of Canada – 2009
ISBN 978-2-550-56376-1
ISBN 978-2-550-56377-8 (pdf)
ISSN 1713-8930

ᐊᖏᖃᒍᑦᓯᐅᑎᑦ ᑐᓴᖏᑎᓯᒍᑎᑦ
2008-2009

ᐅᓇᓂ 1, 2008ᒥᑦ ᐃᑦᓯ 31, 2009ᒍᑦ

ᐱᓪᔨᑎᑐᓴᓪ

ᓄᓇᕆᓪᒥᐅᓂᒍᓪ ᐃᓗᓯᓪᓯᓯᐊᖏᓪᓕᓗᓪᓂ ᖃᓄᓄᐃᖅᑎᓯᓯᐊᖏᓪᓕᓗᓪᓂ

ᑎᓂᔭᐅᒪᐅᑎᖓᓪᓴᓪ

ᕿᓪᓚᓂᖅ, ᐊᑐᐃᓐᓇᑭᓪᑎᓇᓂᖅ, ᐊᑐᓂᓪᑎᓯᓂᖅ ᖃᓄᐅᔨᓴᓪᓂᓗ

ᐃᓄᓪᔪᑎᓪᑕ ᐱᒍᓪᔭᐅᒍᑎᖅᑭᐅᓂᖅ

ᑐᖏᓴᓪᓴᓪ

ᱱᐅᔨᓯᐊᖏᓪᑎᓯᒍᒧᒪᒍᓪᓴ ᐃᓄᓪᔪᑎᓪᑕ ᖃᓄᐃᖅᖅᑭᓯᓯᐊᑭᑎᓪᓕᖅᑭᐅᓂᖅ

ᐱᒪᓕᓇᓪᔪᑎᖓᓪᓴᓪ

ᐃᒪᒥᓂᖅᑭᒍᓐᓇᓂᖅ, ᓄᓯᓪᓕᓂᖅ, ᐃᓕᐅᓪᖃᓪᑕᓂᖅ, ᐅᐱᑭᔪᓪᖃᓪᓂᖅ

ᱱᓇᓯᓪᑎᔪᑎᓪᑎᓂᖅ ᱱᓇᓯᖃᑎᓪᖃᓪᓂᓗ ᱱᓇᓯᖃᑎᑭᒥᓪᑕᓪᑎᓂᖅ

ᐃᓗᓕᖅᑭᑦ

ᓄᓇᕗᒻᒥᐅ "ᓄᓇ ᐊᖏᕐᓂᖅ ᓄᓇᕐᓴᐅᓂᖅ" 5
ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓄᓕᒫᖏᓪᓗ 5
ᑭᑎᑦᓯᐊᑎᑎᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᑦᓇᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᐅᓄᐃᓕᓴᖅᑎᑦ 7
ᓄᓇᕗᓕᒥ ᐃᓗᐱᓕᓱᓂᒥ ᐱᒍᒍᑦᓂᒥ ᐱᓇᐱᐅᓕᑦ 8
ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᓕᓕᒋᓂ ᐃᓗᐱᓕᓱᓂᒥ ᐱᒍᒍᑦᓂᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ 8
ᐊᐟᓂᐊᕐᓇᑦ 10
ᐅᖃᐅᔨᓕᕆᖏᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ ᐊᖏᓚᐅᖅᑲᖏᓐᓂᒃ 12
ᑲᑎᒪᔨᑦ 14
ᑲᒪᔨᒪᓱᐅᑦ ᐊᓕᓵᕆᔨᓂᑦ 16
ᐅᖃᐅᔨᓕᕆᖏᑦ ᑲᒪᔨᒪᓱᐅᑦ ᐃᓇᖏᑦᑎᐊᖏᓐᓂᒃ 16
ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓕᓱᓂᖅ ᐊᐟᓂᐊᕐᓇᖅ ᐊᐟᓂᐊᕐᓇᐃᒪᒃ ᔪᑕᐅᓕᐅᖅᑎᓇᒍ ᐱᒍᒍᑦᓂᒥ ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓕᓱᓂᔪᒍᓐᓪᓗ. 18
ᕿᖅᓂᖅᓂᒥ ᐱᔭᕐᓴᓕᓱᓂᖅᓄᓪᓗ 20
ᑐᑭᒍᓇᖅᑎᑎᓕᐅᑦ ᐅᖃᐅᔨᓕᕆᖏᑦ 20
ᐱᒋᐊᕐᓂᓕᔪᓐᑦ ᐃᓇᖏᑦᑕᐅᔨᓕᕆᓂᖅ ᐃᑲᔪᖅᓕᓂᖅᔪᓕᓕᖅᓯᓕᔪᒍ 22
ᐃᓕᓴᐅᒋᐃᑦ ᐃᓗᐯᓕᓱᓂᖅ, ᐃᒪᒥᓂᐊᖅᑐᓕᒍᓐᓇᖅᑎᑦ ᐊᒪᓕᓗ ᐊᖏᔪᓐᑦ
ᖃᐅᔨᐃᖅᑐᓂᐊᖅᑐᖃᖅᓂᖅ ᒪᑭᑦᓕᐊᖅᑐᖃᖅᓂᖅᓗ 25
ᐃᓕᒥᑎᒍᑦ ᐱᓗᐅᑎᓂᖅ ᐊᒪᓕᓗ ᐃᑦᓕᔪᓂᓗᑦᑕᐅᓂᖅ 29
ᐃᒪᒥᓂᖅᑭᔪᓐᓇᖏᑦᓕᒪᓕᐅᑦ 31
ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓇᓕᓐᓂᐊᕐᓇᖅ ᐊᒪᓕᓗ ᐱᓇᓕᑎᓴᒃᑲᓪᓚᕆᐊᓂᖅ 34
ᐊᐟᓂᐊᓕᓕᑦᑎᒪᓇᖅᑲᖏᓂᖅ, ᐊᐟᓂᐊᓕᓕᑦᑕᐅᔨᒪᒥᓗ ᐱᓇᓕᓕᑦᑕᐅᔨᓕᕆᓂᖅ ᑎᒥᐅᔪᓗ
ᖃᐅᔨᐃᖅᑐᓕᓕᑦᑎᓂᓕᕆᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓕᓕᑦᑕᐅᔨᓕᕆᓂᖅ 37
ᐅᐃᓇᒪᓇᖅᑐᑦ 39
ᓇᐅᓪᓚᓂᖅ ᐃᓗᐯᓕᓱᓂᖅᓂᖅ 43
ᐅᖃᐅᔨᓕᕆᖏᑦ ᑐᑭᒍᓇᖅᑎᑎᓕᐅᑦ 43
ᐱᓇᓕᓕᑎᓕᓱᓂᖅᓂᖅ 43
ᓇᐅᓪᓚᑦ ᓴᓗᒥᕐᔨᐅᔪᑎᖏᑦ ᖃᐅᔨᐃᖅᑐᓕᓕᑦᑎᖃᖅᓂᖅᓄᑦᒪᓕᒃᑯᓗ 44
ᐊᐟᓂᐊᑦᓴᑐᓕᒪᔪᑎᓕᓂᖅ 47
ᖃᐅᔨᒪᔨᐅᑎᑦᓯᓂᖅᓂᖅ ᖃᐅᔨᐃᖅᑐᓕᓕᑦᑎᓇᑐᑐᒪᔨᐅᒍᓐᓇᑐᓂᒃ 52
ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᓂᒃ ᐱᓇᓕᓕᑦᑎᓂᖅᓂᖅ - ᑐᓴᐅᒪᔨᐅᑎᓕᓕᒫᓪᓗ 61
ᖃᐅᔨᓴᓂᓂᖅᓂᖅ ᓇᐅᑦᓯᑐᓂᓪᓗ 63
ᐃᓕᒥᔨᐅᓂᖅᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᓕᐊᐸᓐᓂᑦ ᑲᑎᒪᓂᓕᕆᓯᓂᓕᓕᒫᓐᓂᑦ - ᑭᓚᐅᑦᑎᓂᖅᓂᖅᓂᖅ 63
2009-2010ᒥ ᐱᓇᓕᓕᑦᑕᐅᓭᓯᒪᓕᑦᑕᑦ 64
ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓚᒪᓵᔪᑎᓂᖅᑦ ᐊᓚᓕᓗ ᐱᓇᓕᓕᔪᖅᑐᖅᑦ 66
ᑐᑭᒍᓇᖅᑎᑎᓕᐅᑦ ᐅᖃᐅᔨᓕᕆᖏᑦ 66
ᐃᑦᓂᓯᑦᓯᓂᖅᓂᖅ 68
ᑐᑭᒍᓇᖅᑎᑎᓕᐅᑦ ᓯᓇᓂᒃ ᑭᖅᔭᒍᒪᔨᓴᖅᑎᑦᓇᖅᑎᓕᓕᒫᓐᓂᑦ ᐊᖏᓕᓕᑦᑕᐅᔨᓕᕆᓂᖅᓄᑦᓯᓕᓕᒫᓐᓂᑦ
ᖃᐅᔨᓴᓂᑦᑕᐅᓂᐃᓂᖅᑐᓂᒃ ᐃᓕᓴᐅᓕᑦᑎᓂᑦᑕᐅᑎᓴᖅᑎᑦᓇᐃᓂᑦ 68

ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᐅᓯᐅᐅᕐᓴᕐᓂᕐᒥᖅ ᐱᒋᐅᕐᓴᕐᑎᑎᑦᑕᐅᓂᖅᓯᒃᑕ ᐱᓚᓯᐊᕐᑦᑕᐅᓂᖅᓴᓂᖅ .. 69
ᓄᓇᓕᑐᖅᑭᑦ ᖃᓄᐃᖅᐅᕐᓯᐊᕐᑦᓂᓕᓂᕐᒥᖅ ᐱᓇᓯᑦᑎᓴᕐᓯᐅᓂᕐᒧᑦ ᐱᓇᓯᐊᕐᑦᑕᐅᓵᑦᓕᐊᓂᖅᓴᒃ 71
ᓄᓇᓕᑐᖅᑭᑦ ᖃᓄᐃᖅᐅᕐᓯᐊᓚᐊᕐᖃᓂᖅᓄᓕᓕᓚᓂᖅᓴᒃ ᐱᓇᓯᐊᕐᑭᑎᑦᓴᕐᕕᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑭᑦ 72
ᑐᓴᕐᑎᓯᒍᑎᑦ ᐊᖅᓴᐅᐊᖅᐅᔪᓂᖅᖃᓄᓕᓕᓚᓂᖅᓴᒃ ᐱᓇᓯᐊᕐᑭᑎᑦᓴᕐᕕᑦ ᐱᓪᓗᐅᑦ 73
ᓄᓇᒪᒻᒥ ᐅᒪᓂᖅᑭᑦ ᐃᓪᓗᓴᖃᑎᒌᓂᖅᓴᐅᑦᑕ ᑲᑐᔾᔨᖃᑎᒋᐊᖅᓂᖅᓴᒪ 75
ᓯᑐᓂᕐᓴᖃᑦᑕᓯᐊᓚᐊᕐᑦᖃᓂᓄᓕᓕᓚᓂᖅᓴᒃ 75
ᐊᐅᓚᓯᓂᔪᓂ ᐱᔪᑦᔨᓵᑦ 78
ᑐᑭᔪᐊᖅᑎᓯᔨᐅᑦ ᑐᓴᕐᑎᓴᖅᑭᑦ 78
ᑭᓇᐅᔾᔪᑎᒥᖅ 79
ᐃᓪᓗᓯᓚᓇᓂᖅᓗ ᐱᐅᓱᑎᓚᓇᓂᖅᓗ 84
ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᕐᓴᕐᑦ 84
ᐱᓇᓯᑎᖅᓴᓂ: ᐱᓇᓯᕐᑎᑦ ᐃᓂᓪᓚᖏᓯᖅᓴᒪ ᐊᓯᕐᔨᒃᑕᓪᓂᕐᒥᑦᓗ 85
ᑐᓴᐅᒪᖅᑕᕐᕕᐅᑎᔪᑎᑦᓚᓇᓂᖅᓴᒃ 87

ᓄᓇᕗᑦ–"ᓄᓇ ᐊᖏᕆᔨᖅ ᓄᓇᒥᔭᐅᔨᖅ"

ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓄᑦᑕᖏᑦᓯᓗ



ᐃᓄᐃᐃᓐᓇᑦ ᓄᓇᖅᑐ ᑯᐯᒡᒋᐃᓐᖏᑦ ᓄᓇᕗᑎᓂᖃᕐᕕᐅᓐᖏᑦ. ᓄᓇᕗᑦ ᐊᖏᕆᓂᒃ 500,000 km square ᑎᖅᑭᑦᓴᕐᓗᒃ. ᓄᓇᕗᑎᑦ ᓄᓇᖅᑐ ᐊᑦᑐᕈᖅᖏᑐᒡᒪᓗᒃ ᐃᓕᖅᑐ ᓇᒡᒋᐃᓕᒃ, ᖃᖅᖏᖅᓕᒃ, ᐃᓕᖅᑐᓗ ᓇᒡᒋᐃᖅᑯᓂᒃ ᐊᒥᓱᐊᓐᓂᔪᓂ ᑕᓱᖅᑯᓱᓂ ᑯᖅᖃᓱᓂᓗ ᐊᒡᒪᓗ ᑕᓚᐅᖅᑐᖅ ᐊᐅᖅᑐᒪᑦᑎᓱᐊᓱᓂ.

'ᓄᓇᕗᒃ' ᐊᑦᑐᒥᖅᖏᑐᓂᒃ ᑐᑭᖅᑎᑕᐅᓱᐃᓐᖏᑦ. ᐃᓕᖅᑭᓐᓄᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᑐᑭᓕᒃ 'ᓄᓇᒥᔭᐃᓐᑦ'. ᒎᒍᓱ ᖃᐃᒪᐅᑦ ᐅᓕᖅᓴᓱᑎᖅᑭᓐᓂᒃ, ᓄᓇᕗᑦ ᑐᑭᓕᒃ 'ᓄᓇ ᐊᖏᕆᔨᖅ ᐅᒪᔨᓄᑦ ᐃᓂᒥᔭᖅᖃᑦ'.

ᓄᓇᕗᒥᐅᑦ ᐅᓄᖅᓯᓕᑦ ᒥᑦᓴᐅᓴᓱᒥᑦ 10,000-ᓂᒃ, 90%-ᖅᑭᑦ ᐃᓄᐃᐃᓐᓇᑦ, ᓄᓇᖃᖅᓱᑎᒃ ᖃᐃᓕᑦᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᓂᒃ ᓱᑦᓯᐅᑦᑐᓕᓕᓗ ᐃᓕ ᑐᑭᐊᓚᑦᑐᓂᒃ: ᐃᓕᓴᐊᖏᓴᐅᒃ, ᐅᒥᐅᔨᖅᖃᖅ, ᐃᓄᒃᓴᐊᖅᖃᖅ, ᐳᐃᖅᓂᑐᖅᖃᖅ, ᐊᐃᓕᓴᐅᒃ, ᐃᑦᐳᐅᒃ, ᓴᑦᓗᐃᑦ, ᑲᖏᖅᓯᓴᐊᖅᖃᖅ, ᖃᐃᖅᑕᖅᖃᖅ, ᑲᖏᖅᓯᓱᖅᖃᖅ, ᐊᐅᓪᓗᒃ, ᑕᓱᐅᔨᖅᖃᖅ, ᐃᓕᓴᐊᖅᖃᖅ ᐊᒪᓗ ᑲᖏᖅᓯᓱᓄᑦᓴᐊᖅᖃᖅ.

ᓄᓇᓕᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᐃᓪᓗᑕᓕᑦ ᐊᒪᓗ ᐱᔪᑦᔨᐅᔪᑦᓱᑎᒃ ᑕᖅᑎᑕᐅᑦ ᐱᔪᑦᔨᐅᔪᑎᑎᑕᓱᑎᓂᒃ ᐅᑦᑐᖅᖃᐅᑎᑕᓱᑦᑕᓂᒃ:

ᐃᓪᓗᑕᐅᐊᑦ ᐃᒪᖅᓯᑦ ᑯᕕᓴᓂᒃ, ᐅᓪᓗᑕᒋᑦ ᐃᑎᖅᑕᐅᔪᑦᓱᑎᒃ ᐃᑎᖅᑕᐅᑎᒍᑦ ᓄᓇᒃᑯᓴᑦ ᐃᑎᖅᑕᐊᑎᓗᒋᑦᑕ.

ᓄᓇᕗᓕᐊᖅᑐᑎᒃ ᐊᖅᖁᑯᑎᓗᒋᖅᖁᑐᖅᖃᖅ; ᖁᖅᒪᑦᑕᓴᓂᑦ ᑎᑭᑕᐅᑦᑕᓯᑦ ᐊᒪᓗ ᐅᑎᐊᖅᓴᐊᓂᑦ ᐅᓯᖅᑲᑦᑕᑎᓂᑦ.

ᑯᑦᓴᐊᖃᖅ ᑯᑦ ᑐᑭᐊᓂᑐᒍᓚᓗᐊᖅᖃᖅ, ᓄᓇᓕᐊᑭᐃᐅᑦ ᐊᓯᖅᑭᑦ ᓄᓇᕗᑦᑎ ᓱᑦᓴᖅᓚᓂᑐᑦ ᓱᑦᓴᖅᓚ ᑕᑭᓂᖅᑐᖅᖃᖅ 2,500 ᑭᓗᒻᑕᓂᒃ, ᓄᓇᓕᑦ ᐃᓕᖅᑭᑦ ᑕᓯᐅᔨᖅᓴᐊᑎᑦ ᓱᑦᓴᖅᓚᓂᒻᒪᓴᑦ, ᐃᓕᖅᑭᓐᓄᓗ ᓄᑲᓪᓚᑦ ᑯᖅᖃᓱᓂᑦ ᑯᖅᖃᓱᓂᓗ ᐊᒪᓗ ᐅᖅᓚᑭᑦᑐᑦ. ᑯᑦᓴᐊᖃᖅ ᓄᓇᕗᓱᑐᑦ, ᑯᑦᓴᐊᖃᑦ ᑯᖅᓚᑐᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᐊᓂᒍᖅᑐᑦ ᐱᓕᓯᓱᓂ. 2,000-ᓂᒃ ᐃᓄᖅᑭᓯᓂ, ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᓕᓵᓄᓂᖅᑭᑦ, ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᐅᓕᓱᑦᑕᖅᑭᑦ.

ᐅᖅᓚᓱᑎᐅᔨᒥᐅᔪᓚᐊᑦᓱᑎᒃ, ᐃᓄᐃᑦ ᑐᖅᖁᓚᓵᑦᑐᓱᑦ, ᗅᓕᑦᐅᑎᑎᓱᑦᒪᒃ ᐊᓕᐊᑎᔨᖅᑲᓐᓂᑦ, ᐅᒪᔨᐃᑦ ᓂᒪᕈᓱᖅᑭᑦ ᒪᓕᓂᓱᒥ ᐅᒪᔨᓄᑦᓴᐊᓕᐅᑦᑕᓱᑎᒃ. ᑭᓱᐊᓂ, ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᓕᑦ ᐱᑐᑦᓯᓂᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᔪᑦᔨᐅᔪᑎᑎᑕᓱᑎᓂᒃ

ᐊᖏᕐᔪᑎᑲᓄᑦ, ᐊᐅᓚᒋᐊᖏᑲᓂᔪᓐᓇᑦ ᖃᓄᖅᓯᒪᔭᓄᑦ, ᐅᒥᐊᑲᓄᔪᓵᓐᓂᑦ ᖃᓄᐃᑎᑲᓄᓕᓪᓕᓵᓐᓂᑦ ᓄᓇᓕᓐᓄᑦ ᐊᖏᕐᕕᒋᔭᑎᑲᓄᑦ,

ᓱᓚᐅᑦ ᖃᓄᓄᐃᑦᑐᓂᖅᓴᖅ ᒪᓕᑦᓱᒍ.

ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑦ ᐃᓄᐃᑦᑐᓐᓇᕐᓕᓪᓕᓵᒪᓂᖅ, ᐃᓄᓐᑎᑐᕐᓕᓪᓕᓵᓱᒃᑐᑦ. ᖃᐅᔨᒍᑦᑕᐅᖅ, ᑲᕐᒪᑐᖃᑦᑕᐅᓂᖅ ᐊᑐᕐᑎᑦᑕᐅᔪᒻᒪᕆᐊᖃᖅ, ᖃᓄᑦ ᓄᓇᑎᑐᓂᖅ ᐊᑐᕐᑕᐅᔨᒪᒻᒪᕆᐊᖃᖅ, ᐱᓕᕆᔨᐊᓕᕆᓂᖅ ᐊᑐᕐᑕᐅᔨ

ᑭᑎᑦᓯᑎᑎᒍᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᓄᐃᒪᓕᖅᑎᑦ



ᑭᑎᑦᓯᑎᑎᒍᑦ ᖃᐅᔨᒪᐅᑎᑦᓴᑦ ᓄᓇᒪᓕᒃᑐᐅᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᓄᐃᒪᓕᖅᑎᑦ ᓱᓕᔾᔪᑎᖃᕐᓂᕐᒧᑦ ᐃᐅᓱᑭᓐᓂᕐᒥᔅᑕᐅᓱᒪᓕᒃᑐᑦ ᐊᖏᕐᕕᔪᑦ ᖃᓄᖅ ᐱᓕᕆᔨᖏᑦᑐᓐᓄᑦ, ᓄᑕᖏᕐᕕᒋᑦ ᐃᓅᔪᓐᓇᐅᔨᖃᐅᓂᖅᓴᖅᑕᐅᓂᖏᓐᓂᑦᑐᑦ ᐊᖏᕐᕕᒋᑦᑎᐊᕐᓂᑦ ᐊᐅᓚᑦᑎᓐᓂᑦ. ᐊᒥᓱᓕᓚᐅᖅ ᐅᑦᑐᑎᑕᐅᔪᑦ ᐊᐅᓚᑦᑎᓐᓂᑦ. ᐃᓅᔪᓐᓇᐅᑎᖃᕐᓂᕐᒧᑦ ᒪᓂᖅᓴᖃᖅᓂᓄᑦ, ᐅᓪᓗᕆᓂᖅᓴᓕᒃ, ᑐᓴᕈᑦ ᐱᓕᓄᑦ, ᐊᒥᓚᓗ ᐃᒥᐊᓕᒃ ᐱᓕᓄᑦ. ᐊᒥᓚᓗ, ᓄᓇᒪᓕᒃ ᐃᓕᓴᐅᔨᓂᖅᓴᖅᑕᐅᓂ ᐊᑐᑎᑦᓯᓐᓂᑦᑐᑦ ᓴᖅᑭᑐᓂᒃᑯᑦ ᐅᓇᓱᒋᑦᑐᑦ ᐅᑭᐅᖅ 15-ᓗ 19-ᓗ ᐊᑯᓂᖓᓂ 46-ᓇᑦᓗᐊᑐᑦ ᐊᒥᓱᓂᖓᓂᒃᑯᓐᓇᑦᑐᑦ ᐅᓇᓱᒋᑦᑐᑦ ᐅᑭᐅᖅ 20-ᒥᑦ 24-ᒍᑦ ᐊᒥᓱᓂᖓᓂᑎᓗᒥᑦ 23-ᓇᑦᓗᐊᑐᑦ ᐊᒥᓱᓂᖓᓂᕐᓂᑐᑦ ᐃᓕᓴᐅᔨᓂᖅ.

ᓄᓇᒪᓕᒃ ᐃᖏᓕᕐᓂᑎᑦᓴᑦ ᐊᐱᑐᔪᓂᖓᓂᕐᓂᒪᓂᖏᓐᓄᑦ, ᒥᑦᓴᐅᔭᕐᑕᐅᓱᒪᓕᖅᑐᑦ 43%-ᖏᑦ ᓄᓇᒪᓕᒃᑐᑦ ᐃᓐᓇᒥᐅᖏᓐᓄᑦᑕ, ᐊᐅᓚᑦ 17%-ᒋᓐᓂᕐᑕᐅᑎᓐᓇᒥᑦ ᐊᔪᕐᓴᑦ. ᓄᓇᒪᓕᒃᑐᑦ ᐃᓐᓇᐃᔭᕐᑐᒪᓕᖅᑕ, 500 ᐅᖏᒪᑉᓀᕐᓴᑦ ᐃᓕᓴᑦ ᐃᓄᖅᑎᑐᐃᓐᓇᔭᖅᑑᑦ ᐅᑕᕐᕿᔪᑦ ᐃᓐᓇᓴᕐᓗᑦ. ᐃᓐᓇᒥᐅᖏᓐᓄᑦ ᐅᓄᖏᓐᓂᑦ 4.72-ᒋᓐᓇᔭᖅᑐᐊᑦ, ᐃᓐᓇᒥᐅᖏᓐᓄᑦ ᖏᓂᐅᖏᓐᓄᑦᑕᑎᓐᓇᒥᑦ ᐅᓐᓄᑉᓀᖅᑑᑦ ᖏᓂᓗ ᓯᕿᓂᖏᓐᓄᑦᑕᑎᓐᓇᒥᓐᓇᑑᑦ. ᓱᓕᓗ, ᐃᓐᓇᐃᐅ ᐃᓕᖅᑐᑦ ᐃᓐᓇᐃᑭᓱᓕᐅᓚᐊᑦ ᑕᓐᓕᓂᖅ ᐱᖓᓱᖏᓐᓄᑦᑕ, ᐊᒥᓱᓂᖓᓂᑦ ᒥᑦᓴᐅᔭᕐᑕᐅᓱᒪᓕᖅᑐᑦ (0.93-ᒍᓱᑦ) ᐊᑦᓚᓗ ᐆᐯᑦᒥᐅᑦ ᐃᓐᓇᐃᑭᓱᓕᐅᓚᐊᑦᑎᓐᓇᒥᑦ (0.5).

ᖃᐅᔨᒪᐊᓘᐃᐅᓱᒪᓕᕐᑐᑦ

• ᓄᓇᒪᓕᒃᑐᑦ ᐃᓗᓱᓕᓚᓂᖓᓕᒃᑐᑦ ᐱᒍᑦᐅᓂᑦ, ᓄᓇᒪᓕᒃᑐᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᐃᓗᓱᓕᓚᓂᖓᓕᒃᑐᑦ ᐱᒍᑦᐅᓂᖓᓂᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ,

ᑲᒪᔨᒪᓚᐅᑦ ᐊᑦᓕᐃᖅᑎᓂᑦ 2007

• ᓄᓇᒪᓕᒃᑐᑦ ᓄᓇᕐᓂᒫᓕᒃᑐᑦ ᖃᓄᐅᒪᓐᐅᑦ ᑕᖅᑭᑦᔨᒍᑎᐅᓂᖅ, ᑎᓕᔨᐅᒪᑎᑎᒍᖏᑦ, ᐱᓚᓱᖃᑎᒌᖏᓐᓂᑦ, ᓄᓇᒪᓂ ᓄᓇᕐᓂᒫᓕᒃᑐᑦ ᐃᓗᓱᓕᓚᓂᖓᓕᒃᑐᑦ ᐱᒍᑦᐅᓂᖓᓂᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ, 2006

• 2005-2006-ᒥ ᐊᖏᕐᕕᒋᓴᕐᔨᑎᑎᑦ ᑐᓴᖏᓐᓂᔨᒍᑎᑦ

• ᐊᓯᑕᒃᓂᑦ ᐃᓗᖕᖏᔨᑎᓐᓇᖅᑕ ᖃᓇᑕᐅᔨᒪᓕᖅᑕ ᑕᓪᓕᐊᓂᕐᑕᐅᓇᖅᑐᑦ

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᒃ

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᐊᕐᓂᒃ ᐅᑯᐊᔪᖅᑕᒃ, ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᒫᒃ ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕᒃ, ᐃᓚᓕᓂᕐᓂᑦ ᐊᓐᓂᐊᖅᑐᑦ (ᑕᓕᐅᔾᔪᑎᐊᖅᑎᒥ) ᐊᒻᒪᓗ ᐅᖃᖅᓯᒪᔭᒃᓴᖅ ᐊᓐᓂᐊᖅᑐᐊᖅᓴᖅ ᑐᓂᓯᒪᓂᖅᑐᑦ (ᐅᖃᖅᓯᒪᔭᒃᓴᖅ).

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᐱᓕᕆᓂᐊᑕᐅᓂᖅᓱᓕᔾᔪᑕᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᔭᐃᒥᓕ *VI* ᐊᐯᕆᓗ ᑕᕐᕋᖅᓯᓂ ᐊᖅᑭᖅᓱᑎᑎᑦᔨᐅᓕᓕᔾᔪᑦ *1975*-ᒥ ᐃᓕᒪᐊᕐᑕᐅᔨᑎᑎᓕᓕᔾᔪᖅᑭᓐᓄᓗ ᐊᖅᑭᖅᓱᑎᑎᑦᔨᐅᓕᓕᖅ. ᐃᓂᓕᖅᓯᒪᐅᓕᖅᓯᒪ ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᐊᐅᓕᑕᐅᓂᖅᓱᕐᓵᖅ ᐊᐯᖅᓄᑎᒥᑦ, ᑭᓇᐊᓂ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑲᓂᖅᓯᒪᑕᐅᔪᖅ.

ᐃᓄᒃᑎᐊᓂᖅᓯᒪᓗ ᖃᓄᐃᓕᓴᐊᓂᖅᓯᒪᓗ ᐱᕕᔪᐊᑎᓕᓕᒫᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓅᓯᖅᓄᑦ ᐃᓕᓴᐊᓂᖅᓯᒪᓗ, ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᐊᕐᓂᒃ ᖃᓄᐃᓕᓴᐊᓂᖅᓯᒪᔭᒃᓴᖅ ᐊᓐᓂᐊᖅᑐᐊᖅᓴᖅ, ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᐊᕐᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕᒃ ᐊᓐᓂᐊᖅᑐᐊᖅᓴᖅ ᐊᐅᓚᑦᓯᐊᓂᖅᓱᒃᑐᖅ, ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᐊᕐᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᐊᓂᖅᓱᒃᑐᖅ ᐊᓐᓂᐊᖅᑐᐊᖅᓴᖅ, ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᐊᓂᖅᓱᒃᑐᖅ, ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᐊᓂᖅᓱᒃᑐᖅ.

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᓂ ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕᒃ

ᐊᐯᖅᓄᑦ ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᑐᕐᖃᓕᕐᓴᐊᓂᖅᓯᒪᓗᒥᑦ, ᐃᓄᓐᓂᓇᓕᐹᒃᑕᒃ ᐊᐱᕐᑐᓕᕐᓂᐊᕐᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥᑦᑎᓪᓗ ᐊᓐᓂᐊᖅᑐᐊᖅᓴᖅ 17-ᒧᐃᓕᐅᔾᔪᖅ. ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᓂ ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕᒃ ᐊᐅᓚᓯᓂᖅ $100,000-ᒥᓂᐊᓕ ᓴᓇᐊᖅᑕᐅᑐᓂᒃ, ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥᒃ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃᓴᓇᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑲᓂᖅᓯᒪᓗᒥᒃ.



ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᕗᓕᒫᓂ ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᐊᕐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᓇᓱᐊᕐᓂᒃ ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᐊᕐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᓚᑦᓯᐊᓂᖅᓱᒃᑐᖅ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᐊᕐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᓚᑦᓯᐊᓂᖅᓱᒃᑐᖅ, 2007-2008ᒥ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᒃ ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᐊᕐᓂᒃ ᐱᓕᕆᓂᐊᑕᐅᓂᖅᓱᕐᓵᖅ.

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᕗᓕᒫᓂ ᐃᓄᓐᓂᓇᓂᖅᑎᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃ ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃᓴᓇᓂᖅᑕᒃ ᐊᒻᒪᓗᓂᒃ:

- ᓴᓇᐊᖅᑕᐅᑐᓂᒃ ᐅᑯᐊᔪᖅᑕᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᕗᓐᓂᑦ ᐊᑐᓂᐅᒃᑯᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᑭᓇᐅᔭᓐᓇᖅᑐᓂᒃ;
- ᐱᔪᓐᓇᖅᓂᒃᓴᓇᓂᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᐊᓂᐅᓂᒃ ᑕᒪᐅᓂᒃ (ᑐᓂᓯᒪᔨᒥ ᐃᓅᓯᕕᓂᖅᓯᒪᔨᒥᓗ, ᓴᓇᐅᓗ ᐃᓕᓐᓂᒃ);

- ᑎᒃᓯᐊᑕᐅᓯᒪᔨᓕᒃ ᑲᑎᒪᔨᖅᑭᒃᓄᑦ ᐊᐪᓂᐊᕐᓇᖅ ᓄᓇᓕᑦ ᑭᓱᓕᔭᖅᑐᑦ (ᒪᕐᕉᒥᐊᓕᒃ).
- ᑭᓱᓕᔭᕐᑎ ᓇᓕᓴᕐᑕᐅᓯᒪᔨᖏᓐᓄᒃ ᓄᑎᐃᒃ ᓄᓇᓕᓂᒃ ᑲᕈᒪᖅᓯᒪᓕᕐᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖅᑭᒃᓄᑦ;
- ᓄᓇᐃᒃ ᓄᓇᓕᓂᒧᑐᓂ ᐃᓕᓴᕐᓂᓐᓂᕐᒥᒃ ᐱᒋᐊᕐᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖅᑭᒃᓄᑦᑕ ᑲᒪᔨᒪᓂᖅᓴᖅ.

ᑐᓴᕈᓐᓇᒥᒃ ᐊᐅᓚᑦᓯᐅᑦᓯᑎᓪᓗᓐᓃ, ᑲᑎᒪᔨᑦ ᑲᒪᒋᔭᖏᑦᑐᖅᓯᒪᓕᖅᑐᑦ ᓇᓗᓴᖏᓪᓕᐊᖏᖅᓯᒥᒃ ᓯᕗᓪᓕᐅᑦᑎᐊᓕᕆᓂᖅᓴᖅ ᑭᖑᓪᓕᒪᓂᖅᓱᓐᓂᒃ ᓄᓇᐃᒪᒋᐅᐅᓄᑦ ᐃᓐᓇᐃᓐᓇᓕᖅᑐᖅ, ᓯᕗᓪᓕᐅᑦᑎᐊᓕᕆᓂᖅᓴᖅᓗᓐᓃᑦ ᐊᐪᓂᐊᕐᓇᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑭᒃᓄᑦ ᐊᐪᓂᐊᕐᓇᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑭᒃᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦᑎᐊᓕᒃᑐᑦ ᓄᓇᐃᒃ ᓄᓇᓕᓂᒧᑐᓂ ᐃᓐᓇᐃᓐᓇᓕᖅᑐᖅ ᑲᑎᒪᔨᑦᑎᐊᓕᒃᑐᑦ.

ᐱᖓᓱᓕᒫᑦ ᓄᓇᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖅᑭᑦ ᑭᓱᓕᔭᐃᓐᓇᓗ ᑲᑎᒪᔨᖅᑭᑦ ᐃᓄᐃᑦᓴᓕᕐᓂᓗᒍᑎᖏᓐᓄᑦ.

ᐊᓐᓂᐊᕕᑦ



ᐱᒍᑦᑕᕐᓂᑦ ᐱᕕᑦᓴᖏᑎᑕᐅᔪᓂᖏᑦ ᐃᓚᓪᓕᖏᑎᑕᐅᕐᓇᑦ ᓄᓇᓕᒃᑎᑦ ᓯᑦᓴᑎᒍᑦ - ᑕᓯᐅᕐᓴᖅᓯᐊᑦ ᓯᑦᓴᖏᓪ ᐊᒪᓚᐅᓪ ᐅᖏᓪᓕᐅᑦ ᓯᑦᓴᖏᓪ - ᐊᓐᓂᐊᕕᓐᓂ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓕᓯᓯᑎᒃ, ᐅᖏᓪᓕᓯᒥᐅᑦ ᐊᓐᓂᐊᕕᕐᖏᓂ ᑐᓪᓚᑕᒪᓕᒥ ᔪᑦᓯᐊᒋᑦᑐᑐᒥ ᐊᒪᓚᓪ ᐃᔅᓪᓕᓯᓯᒪᓕᒥ ᐊᓐᓂᐊᕕᒪᓕᒥ ᓴᐃᖅᑐᑐᒥ. ᑭᓴᐅᔭ ᐊᓐᓂᐊᕕᕐᖏᓂ ᑎᑎᕐᓂᐅᔪᖅᑐᓴᖅ ᐱᒍᑦᑕᕐᓂᑦ ᐊᓐᓂᐊᕕᕐᖏᓂ (15-ᓂᒃ ᓯᓂᐟᐃᑕᓪᓕᑦ ᐊᑐᓂᑦ) ᐊᒪᓚᓪ ᐊᔪᔅᓴᑐᒥᒃ ᐊᓐᓂᐊᕕᒪᒋᑎᑕᓪᓕᑦ ᓇᔪᓂᖅᓱᓂᒃ (ᖃᔪᓪᓕᑦ ᓯᓂᐟᐃᑦ).

ᑐᓪᓕᑦᑕᐃᒃ ᐊᓐᓂᐊᕕᒃ ᐱᓇᓯᖅᑎᑦᓂᖅᓯᖅ ᔪᑦᓯᐊᑎᑕᐅᑦ ᑲᓐᓚᐃᒃᔪᖏᐟᓂᒃ ᐊᒪᓚᓪ ᑲᑎᐃᒃ ᐃᓕᓴᐅᑎᒃ ᐱᒍᑦᑕᕐᓂᑦ ᐊᓐᓂᐊᕕᒪᑦᒥᒃ ᖃᓄᐃᓕᓴᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᐊᒪᓚᓪ ᐊᔪᔅᓴᑐᒥᒃ ᐃᓕᓴᐅᑎᒃ ᐊᓐᓂᐊᕕᒪᑦᒥᒃ ᐱᒍᑦᑕᕐᓂᑦ ᐱᓇᓯᖅᑎᑦᓂᖅᓯᖅ

ᓂᓕᑦᑕᐃᖅᑲᓇᑕᑎᑕᐅᖅᓯᓂᓂᑦ ᑐᓴᓵᖅᑲᓇᖅᓯᓂᓂᑦᓗ, ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐪᓕᐊᔪᓕ ᑕᖅᖁᑎᑦᑐᓕᒃ ᒃᑐᑦᓵᖅᑎᖅᑲᖅᓂᒃ. ᑕᑦᓚᒪᓕᒃ ᓂᓕᕆᐊᑕᓚᒃ ᓄᓇᓚᓚᐃᓕ ᒪᒪᓂᖅᐅᐊᑎᑎᕐᓚᕆᓕᒃ ᐱᔪᑦᓵᐃᒃ, ᐳᐃᖅᓕᑐᑦᑐᖅ, ᐃᓂᒪᒃᓂᑦ ᐃᒃᓱᖅᑕᐅᑎᐊᓚᕆᓕᒃ ᐱᔪᑦᓵᐃᐅᓂᔪᖅᖅ. ᐊᑐᖅᑎᑦ ᒪᒪᓂᖅᐅᐊᑎᖅᑐᖅᓯᒪᓂᐅᓪᓗᒥᑦ ᐊᐪᓕᐊᔪᓚᐱᑦ CHUM Notre-Dame (ᒪᖅᓱᓕᒃ ᓂᓕᕆᐊᑕᓚᒃ).

ᐅᖃᐅᓯᑦᓴᖅᑎᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ ᐊᖅᑕᓴᖅᑎᖅᑕᒥᑦ



ᑌᒣᖅᑕᑦᑕᓯᒪᒪᑦᑕ, ᐱᓇᓯᖅᑎᖅᖃᑦᕿᔪᒍᑦ ᐱᓇᓯᐟᐃᐅᔨᓂᖅ ᐊᑦᔨᑭᖅᖅᑎᑐᓂᖅ ᐃᑦᖁᓯᐃᔪᒍᑎᑦᓴᓯᑦᑕ ᐱᐅᓯᑎᐊᖅᑎᓯᒪᓯᐊᖅᓯᑦᑕᓗ ᓄᓇᕐᒥᑦ ᐃᓗᓯᓂᓚᖅᑎᑦ.

ᐊᖅᖃᔪᓂ ᐊᒥᓯᓂ ᐱᓇᓯᐊᓕᖅᓯᔪᒍ, ᐊᖅᑭᖅᖃᑎᒌᑦᑎᓯᐅᑎᖅᖅᓯᒪᐅᑎᖅ ᓄᓇᕐᒥᑦ ᑲᕐᓂᑦᓴᒍᓐᓇᓯᖅᖃᖅᑐᖅ ᐊᑎᓕᐅᖅᐃᐅᓇᐅᔨᐊᖅᖃᖅ ᑯᐯᖅᑯᑦ ᐅᖅᑲᖅᓯᐃᓚᖅᑐᖅ. ᑕᒪᑕᒪ, ᐱᓂᐊᖅᓂᓗᓂᖅᓯᔪᒍ ᖃᓄᖅ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓴᒪᖅᑎᑦ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᖅᑭᓐᓇᑐᑦ. ᑕᒪᑐᒪ ᐱᕐᓕᐊᔨᐅᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᐃᖏᐱᔪᓯᐅᓇᖅᓯᒪᔪᒍ ᐊᖅᑭᖅᖃᑎᒌᑦᑎᓯᐅᑎᖅᖅᓯᒪᐅᑎᖅ ᓄᓇᕐᒥᑦ ᐱᔨᓴᖅᑕᐅᖅᑭᓐᓇᓯᖅᓯᒪᓂᖅ, 2010ᒥᐅᔪᓇᖅ.

ᑲᑎᒪᔨᑦ ᑲᑎᒪᓂᔪᐊᖅᖃᓇᐅᔨᓯᒪᔪᓕᑎᑦᓓᓕᑦ ᐊᐅᓚᔪᓯ 2007ᒥ, ᓄᓇᕐᒥᑦ ᐃᓗᓯᓂᓚᐟᔾᒍᑦ ᐱᓇᓯᐊᖅᑦᑕᓐᑦ ᑲᑎᒪᔪᑕᐅᔪᓚᐅᖅᓂᖅᓂᖅ ᐃᓕᖅᖁᓚᐊᕐᑎᑲᓂᖅᓂᓗ. ᐃᓄᐅᐃᑦ ᓴᖅᑭᑎᒃ ᑭᓚᖅᑕ ᑲᑎᒪᔨᑦ ᑲᑦᖃᓕᖅᐅᑎᖅᑕᐅᖅᑭᓐᓇᑐᑦ ᐅᓚᖅᑕᐅᖅᑭᓐᓇᑐᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ ᑲᑦᖃᓕᖅᐅᑎ

Ͻᓕᑦᑕᐃᒪᒍᑦ. ᑭᓇᐅᔨᑎᒍᑦ ᐃᑲᔪᖏᑦᑐᖅᓯᒪᓕᑦ ᑯᐯᖅᑯᑦ ᑲᑭᒪᖅᓱ, ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓕᓕᓚᓂᖅᑎᑦ ᐱᒍᑦᐅᐃᐊᒥ ᐱᓇᓕᑦᑎᐃ ᐱᔪᖏᑦᑐᖅᓯᒪᔪᖅᑕᓂᑦ ᐱᐅᓕᕐᓱᖅᑎᒍᑦ ᑎᑎᕋᕐᓯᒪᔪᖅᑕᓂᑦ ᐃᓄᐃᑦ.

- ᑭᓇᐅᔨᕐᑐᑎᓂᖅᑕᑦᑎᓂᐅᓕᓚᖏᑎᖅ ᐱᓇᓕᑦᑎᑕᑭᑎᓂᖅᓂᖅ ᖃᓕᓚᓗ ᓕᑕᒪᑦᓗᓂᖅ ᐃᓗᓐᓂᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓇᓕᑦᑎᐃ ᐱᔪᖏᑦᑐᖅᓯᒪᔪᖅᑕᓂᑦ ᐱᐅᓕᕐᓱᖅᑎᒍᑦ ᐱᔪᖏᑦᑐᖅᓯᒪᔪᖅᑕᓂᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐊᑐᓂᑦ ᐱᓇᓕᑦᑎᐃᑭᓕᓚᖏᓐᓂᖅ ᐃᓄᐃ

ᑲᑎᒪᓂᕆᑦ

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᕗᓪᓚᐃᓂ ᐃᓕᓴᕐᓇᓂᓐᖏᑦ ᐱᒋᑦᑎᓂᓐᓄᑦ ᑲᑎᒪᓂᕆᑦ ᐅᐱᒋᓴᑦᑐᑦ ᑲᑎᒪᓂᕆᐅᔨᖏᓐᓄᑦ ᑕᑯᓂ ᐊᑦᖁᒋᒥ ᐱᓇᓴᖏᑎᖏᑦᑕᒪᓴᓕᓐᓂᒃ ᒡᑦᓴᒥᖏᓪᓕᕐᓇᖅ ᑎᑭᐅᑎᓪᓗᐊᑦᑐᑦ ᐃᑐᖏᓐᓄᑦᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᑦᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᓇᓂᓐᓄᑦ ᐃᓅᓴᖅᑭᑦᑐᒥᒃ ᐱᐅᓴᕐᓂᖅᓴᖅᑐᑦ.

ᐄᑦᓴ 31, 2008ᒥ ᑲᑎᒪᓂᕆᑦ



1.	ᐊᓕᓴ ᐊᑦᖃᖃᓚᖅ	ᑲᖏᑦᓴᔪᐊᑦᑎᑎᑦ ᑭᓚᖃᓚ / ᐊᖃᓚᔪᑦᑦᑲᖅ
2.	ᐄᑦᔭ ᐳᒪᑦᔨ	ᑐᓕᑦᑕᐃᓚᒥ ᑲᒪᓂᒪᓗ / ᐊᖃᓚᔪᑦᑦᑲᑦ ᑐᖃᓕᓂᖃᓚ
3.	ᓂᐊᑦ ᐳᓄ	ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᕐᓇᓐᓚᒥ ᑲᒪᓂᒪᓗᑎᒃᓴᐅᑎᖅᓯᑐᑦᑐᖅ / ᐊᓪᓕᑎᑎᑐ
4.	ᐃᓐᓴ ᐅᐃᒋᓕᑦᑐᖅ	ᐃᓄᒃᔪᔪᐊᑎᑎᑦ ᑭᓚᖃᓚ / ᐳᑦᑐᓂᑦᓴᓄᑦ ᐃᓕᑎᔪᖅ
5.	ᓴᓴ ᑲᓇᑦᔪᐊᖅ	ᐃᓅᓕᓴᓂᐊᐅᑦ ᑲᑎᒪᓂᕆᖅᑎᑦᑕ ᑭᓚᖃᓚ / ᐳᑦᑐᓂᑦᓴᓄᑦ ᐃᓕᑎᔪᖅ

<u>ᑲᑎᒪᓂᕆᑦ</u>

6.	ᐊᑕᒥ ᐁᓇᓕᒃ	ᐃᑲᓂᐊᓚᒥᑎᑦ ᑭᓚᖃᓚ
7.	ᐁᑕ ᐊᖃᔨᑎᑦᓯᖅ	ᓴᓕᓗᒥᑎᑦ ᑭᓚᖃᓚ
8.	ᑲᔪᑎᓇ ᐱᐊᓂ	ᑲᖏᑦᓴᔪᐊᓗᑦᔪᐊᒥᑎᑦ ᑭᓚᖃᓚ
9.	ᓕᓂ ᐃᐳ ᔪᐊᒃ	ᑐᓕᑦᑕᐃᑎᑦ ᑲᑎᒪᓂᕆᖅᑎᑦᑕ ᑭᓚᖃᓚ
10.	ᔨᓕᓗᔭᑦ ᐃᓂᑭᐊᓕ	ᖃᐊᑦᑕᒥᑎᑦ ᑭᓚᖃᓚ

11. ᓴᖅᑭᑦ ᑲᖅᓄ	ᐃᓄᓕᑦᓯᐃᓚᒥ ᑲᒪᓴᒪᓗᑎᓯᐅᑎᓐᓇᑐᖅ
12. ᐊᓂᓐ ᖃᐅᔨᖅ	ᑕᓯᐅᔨᖅᑎᐅᑦ ᑭᒡᓘᖅ
13. ᔪᐃᐃᓕ ᖃᓄᐊᓕᔨ	ᐅᒥᐅᔨᖅᑎᐅᑦ ᑭᒡᓘᖅ
14. ᓕᓯ ᒪᑭᒡᒪᖅ	ᐊᓄᓕᐃᒡᒥᐅᑦ ᑭᒡᓘᖅ
15. ᐊᓐᑎ ᔪᐊᖅᑲᐅᕐ	ᑲᑎᐃᔨ ᓄᓭᓕᓕᒋᑦ ᑲᓪᒪᓘᖅᒡᑕ ᑭᒡᓘᖅ
16. ᓕᓯ ᓂᐃᐊᖅᓯ	ᓄᑦᔪᐊᖏᐱᒡᒥᐅᑦ ᑭᒡᓘᖅ
17. ᐄᒃᓴ ᐅᓂᓐᓇᖅ	ᐊᐅᕐᔪᒡᒥᐅᑦ ᑭᒡᓘᖅ
18. ᑌᐃᑎ ᐱᖅᔪᐊᐱᑲ	ᑲᖅᑭᓯᒥᐅᑦ ᑭᒡᓘᖅ
19. ᕿᐱ ᓯᓄᕿ	ᓄᑦᔪᐊᒥᐅᑦ ᑭᒡᓘᖅ
20. ᐃᓕᓴᐱ ᐅᐃᑦᑕᖅᓚᖅ	ᕗᐃᖅᓂᑐᒥᐅᑦ ᑭᒡᓘᖅ

ᑎᓯᒡᕿ 9-11, 2008ᒥ, ᔨᐊᑦ ᕗᓂ, ᓄᓇᐃᒡᒥ ᓄᓇᓕᓕᒋᓂ ᐃᓗᓯᓕᓚᓂᖅᑎᑲ ᐱᔪᑦᔨᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᓐᓂᑲᑦ, ᑎᑲᔪᐊᑕᐅᓕᐅᔪᕐᓗᖅ ᐊᑦᓕᑎᐅᓂᐊᖅᓗᓂ ᑲᑎᒪᔨᓄᑦ ᐃᓇᖅᑭᓂ ᐅᓂ ᒣᒥᑲ ᐱᐊᖅᑦᒋᓯᒪᓂᖅᒥᓄᑦ ᓄᖅᑲᖅᓱᖅᑐᐃᒥᑲ.

ᒪᓕᒐᖅᓂᑲ ᓇᒪᒥᔨᐅᓂᖅᑲᖅᑐᑦᓴᖅᓕᓕᐅᔪᖅᑭᑐᖅ ᓄᑕᐅᔪᓕᖅᑎᑕᐅᔪᖅᑲᖅᓂᓗ ᐊᖅᑭᒍᒥ ᑭᓇᐅᔨᖅᑐᓂᖅᓱᒪᓄᑦ.

ᑲᒪᓕᒪᓗᐅᑦ ᐊᓪᓚᕐᓂᓕᓪᓂ

ᐅᖃᐅᓯᓪᓴᕐᓂᑦ ᑲᒪᓕᒪᓗᐅᑦ ᐃᓐᕐᓂᕐᓂᖅᓯᓂ



ᑲᒪᓕᒪᓗᓕᒫᑦ ᐃᓐᕐᓂᕐᑎᓕᐅᑦᓯᖅᓯᒪᓂ, ᐅᐱᒍᓯᓪᓗᖅᓯᒪᓂ 2008-2009ᒥ ᐊᖏᖅᑐᑦᓯᓯᐅᑎᓂᒃ ᑐᓴᖏᑎᓯᒍᖏᓂᒃᑲᓇᐊᒥᒃ.

ᑕᕝᕙᓂ ᐊᖏᖅᑐᒥ, ᐊᒥᓯᓂᒃ ᐱᓇᓯᐊᖏᑦᑕᒍᒍ ᐱᒪᓯᐊᓕᒪᓗᓇᓐᓂᓚᐅᑐᓂᒃ:

- 2008-2009ᒥ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐅᐱᒃᖏᑦ ᐱᒍᑦᓴᐅᐱᖓᓂᑦ ᐃᓂᒋᓗᐊᖏᑦᑕᐅᓂᖓᓄᑦᓯᐅᔪᖅᑕᑦ. ᐱᒪᓯᐊᓕᒪᓗᓇᓐᓂᓚᐅᑐᓂ ᐱᖓᓱᒋᑦᓴᐊᖏᑦᑎᓂᒋᑦ, ᑐᑭᓯᓯᒪᓕᖏᓐᓇᒍᑦ ᐃᓂᒋᓗᐊᖏᑦᓯᐊᑦᑕᐅᓂᐊᖏᑦᑕᑦ ᐅᐱᒃᖏᑦ ᐱᒍᑦᓴᐅᐱᖓᓂᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓄᓐᓯᓂᒃᖏᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᐅᓂᐊᖏᑦᓂᐅᑦ ᐱᐅᓯᖏᑦᑕᐅᓯᐊᖏᑦᑐᖓᓂᒃᓴᖅᓯᒪᓂᒃ.

- ᑕᕝᕙᓂ ᐊᖏᖅᑐᒥ, ᐱᓇᓯᓇᑎᓯᓂᐅᓂᒃ ᐱᓇᓯᓇᑎᓇᖏᑦᑕᑦᑕᒍᒍ ᑲᓇᖏᑦᓯᐊᓗᓕᕆᓚᐅᒥ ᓄᐃᑦᓯᓕᓯᐊᖏᑦᓯᓂᑕ ᐊᖏᖅᑎᓇᖏᑦᓴᖅᑕᒍᒍ ᐱᒍᑦᓴᐅᐱᖓᓂᑦ ᐃᓐᓇᐅᑉᐳᓇᓐᓂᒃ. ᒪᓐᓇ ᑐᑭᓯᓯᒪᓕᖏᓐᓇᒍᑦ ᐃᓐᓇᐅᑉᐳᓇᓐᓂᒃ ᐅᖃᐅᓯᓪᓗᖅᓯᒪᓂᒃ ᐊᑐᐅᖃᖅᑐᓂᒃ ᐱᒍᑦᓴᐅᐱᖓᓂᑦ ᐃᓐᓇᐅᑉᐳᓇᓐ

ᐊᐅᓪᓕᑕᐅᓂᖅᓄᑦ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓗᒍᑎᓪᓗᒍ ᖃᓄᐅᔨᓴᕈᑎᑦᓴᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᓯᒍᓐᓇ ᑐᓴᖅᑎᓯᒪᔨᖅᑐᓴᖅᓯᒪᓕᕆᓂᖅ.

- ᒪᓐᑐᔨᐊᒥ ᐃᓐᓂᐊᐃᓕᓴᖅᓯᒪᔨᓕᓕᒫᓂᒃ ᐱᓕᓐᑐᔪ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᒥᔪᓂ ᐊᒻᒪᓐ ᐃᒪᓕᖅᑲᐅᑎᓕᓐᓂ / ᐃᒪᓕᖅᑲᐅᑎᖅᖅᖃᑐᐃᓐᓐᓐᓂ ᐃᓐᓂᐊᓱᐅᑦᑕᐅᒥᐊᖅᖃᓄᑦᓂᒥ ᐱᓯᓕᓴᕐᔪᑎᑦᓴᓂᖅᓄᑦᓂᓂᒃ. ᔪᐯᓕᒥ ᐃᓐᑐᓕᒫᓂᖅᓂᒃ ᐱᔪᑦᓴᓂᓄᑦ ᑐᖅᖄᓕᖅᔪᑦᓴᑦᑐᑐᐃᓐᓇᓂᑲᑎᑦᓐᓐᑐᑦ, ᓄᓇᓕᒋᓂ ᑲᑎᒪᒋᑦ ᐃᓂᓪᓗᐊᑦᓴᓇᓕᑲᔪᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥᒃ ᐃᒪᓕᖅᑲᐅᑎᓂᒃ / ᐃᒪᓕᖅᑲᐅᑎᖅᖅᖃᑐᐃᓐᓐᓐᓂ ᐊᓂᓂᐊᓱᐅᑦᑕᐅᒥᐊᖅᖃᓄᑦᓂᓂᒃ ᐱᓯᓕᓴᕐᔪᑎᑦᓴᓂᖅᓄᑦᓂᓂᒃ.

- ᑭᖑᓂᖓᓄᑦ ᑐᓴᕐᓗᒍᓕᓴᕐᓂᓕᕆᓂᖅ ᐱᓕᓐᑐᔪ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᒥᔪᓂ ᐊᒻᒪᓐ ᐃᒪᓕᖅᑲᐅᑎᓂᒃ / ᐃᒪᓕᖅᑲᐅᑎᖅᖅᖃᑐᐃᓐᓐᓐᓂ ᐊᓂᓂᐊᓱᐅᑦᑕᐅᒥᐊᖅᖃᓄᑦᓂᓂᒃ ᐱᓯᓕᓴᕐᔪᑎᑦᓴᓂᖅᓄᑦᓂᓂᒃ.

- ᑭᖅᔪᓂᖅᓚᔪᑦ ᑐᓴᕐᓗᒍᓐᓇᑦ ᐃᓚᖅᓀᐊᑭᑎᐱᓐᓇᓂᖅᑎᑦᑕᓐᓄ ᑐᖅᖄᓕᖅᔪᑦᓴᑦᑐᑐᐃᓐᓇᓂᒃ ᑲᑎᒪᓕᖅᑲᐅᑎᓂᒃ ᐃᓐᓇᓕᒫᓂᖅᓂᒃ ᐊᐅᓪᓕᑕᐅᓂᖅᓚᔪ ᐃᓐᓇᓕᒫᓂᖅᓂᒃ ᐊᓂᓂᐊᓱᐅᑦᑕᐅᒥᐊᖅᖃᓄᑦᓂᓂᒃ, ᐊᐅᓪᓕᑕᐅᓂᖅᓂᒃ ᐊᓂᓂᐊᓱᐅᑦᑕᐅᒥᐊᖅᖃᓄᑦᓂᓂᒃ

ᐅᐃᒪᓐᖏᑦᑐᓂᓂᖅ ᐊᓪᓂᐊᔪᖅ ᐊᓪᓂᐊᐃᒪᓱᒍᑕᐅᑦᑎᓐᓇᒍᒍ ᐱᒍᑦᔨᓄᑦ ᐅᐃᒪᓐᖏᑦᑐᓂᓇᒍᓱᓪᓗᓂᓗ

ᐅᐃᒪᓐᖏᑦᑐᓂᓂᖅ ᐊᓪᓂᐊᔪᖅ ᐊᓪᓂᐊᐃᒪᓱᒍᑕᐅᑦᑎᓐᓇᒍᒍ ᐱᒍᑦᔨᓄᑦ

2008-2009ᒥ, ᐅᐃᒪᓐᖏᑦᑐᓂᓂᑦᓂᓄᑦ ᐊᓪᓂᐊᔪᖅ ᐊᓪᓂᐊᐃᒪᓱᒍᑕᐅᑦᑎᓐᓇᒍᒍ ᐱᒍᑦᔨᓂᑦᓂᓄᑦ ᓄᓇᓪᓂ ᑲᔪᓂᑎᑦᓂᒍᓪᓂᓇᑦᓂᐅᔪᖅᑕᑦ ᖃᐅᔨᑦᑕᒥ, ᖃᐅᓪᓗᓚᒥ, ᑕᓂᐅᔭᑦᒥ, ᐅᒥᐅᔭᑦᒥ ᐃᖅᔨᐃᓚᒥᓗᓗ.

ᐅᐃᒪᓐᖏᑦᑐᓂᓂᔨᓪᓕᖅᑲᑦᑐᖅᑎᑦᑕ ᐱᒥᐅᑦᓴᑎᑕᐅᓂᖅᑲᓇᐅᔪᖅᑕᑦ ᑌᓄᐃᖃᓗ ᐅᐃᒪᓐᖏᑦᑐᓂᓂᔨᐅᓂᓂᖅᑲᑦᑐᓂᑦ ᓇᓗᓴᑦᑕᐅᔪᑎᑎᓕᖅᑎᑦᑕᐅᒥᐊᓪᓚᓂᓄᓄᑦ. ᐱᒥᐅᑦᓴᑎᑕᐅᓂᓪᓴᒥᐊᓪᓚᓂᓄᑦ ᕿᑦᓴᑭᑕᐅᔪᒪᔪᓂᑦ ᑲᔪᓂᑎᑦᓂᒍᓪᓂᓇᑦᓂᐅᔪᖅᑕᑦ ᐅᐃᒪᓐᖏᑦᑐᓂᓂᖅ ᐅᓄᐃᖃᓗ ᐃᓄᓪᓕᐊᑦᓂᓄᑦ ᐅᐃᒪᓐᖏᑦᑐᓂᓂᓴᖅ ᓄᓇᓪᓂ 2009-2010ᒥ.

ᐊᓐᓕᑦᑲᑎᑎᒪᓕᐊᑦᓂᓐᖏᓐᓄᓕᑦᑐᑦᑑᖅ ᑲᑭᐃᒪᐱᓐᓄᑦ ᐊᓐᓚᔪᑦᑲᐅᐅᑎᓐᓄᑦ ᐊᓐᓕᑦᑲᑎᑎᒪᓕᐊᑦᓗᓄᑦ ᐊᒪᓗ ᑐᓪᑕᐊᓐᓇᑦ (ᑯᑦᔪᐊᑎᑦᑐᑦᑑᖅ) ᐊᒪᓗ ᐃᓄᓕᓪᓕᓄᓇᑦ (ᐳᐃᑦᓂᑐᑎᑦᑐᑦᑑᖅ) ᑲᔪᓂᑎᑦᓂᓕᓪᓕᐊᑦᓂᔪᓕᓪᓕᓄᑦ ᐅᐃᒪᓐᖏᑦᑐᓂᓂᔨᑲᑦᑑᖅ 2010-2011ᒥ.

ᐳᐃᒍᑦᑌᓕᒥᐊᑦᓂᑲᑦᑑᒍᑦ ᑐᓕᑦᑕᐊᑦᓗ ᐃᓄᓕᑦᔪᐊᑦᓗ ᐊᓪᓂᐊᔪᐊᕐᓄᑦ ᐊᓪᓂᐊᔪᐊᔪᒥᑦ ᐁᑦᔪᕐᐅᑎᒥᑦ ᓄᓇᒃᑯᓯᑦᑐᓂᑦᑑᖅᓄᑦ, ᐅᐃᒪᓐᖏᑦᑐᓂᓂᔨᑦ ᔪᓇᓂᒃ ᐱᓇᔪᐊᓇᐊᑦᑲᑦᓴᒃᑐᓕᒃᑐᑦ ᑌᒻᒪᓕᑦ ᖁᑎᓕᐅᔪᔪᓕᑦᔪᐊᓇᐊᑦᑲᑦᓴᒃᑐᓂᑦ.

ᑯᐯᓕᒥ ᐃᓗᔪᓂᓇᓂᖁᒥᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᖁᓄᑦ ᑐᖁᖅᑕᓪᓕᑦ ᐱᓇᔪᖅᑲᑎᑎᒪᔪᑦᑕᑦ ᐅᐃᒪᓐᖏᑦᑐᓂᓂᔨᖁᖅᑲᑦᑑᒍᑦᑐᖅᑎᑦᑕᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓗᔪᓂᓇᓂᖁᒥᓄᑦ ᓄᓇᓪᓂ ᐱᓇᔪᐊᓇᐊᑦᑲᑦᓴᒃᑐᓕᒃᑐᑦ ᑌᒻᒪᓕᑦ ᖁᑎᓕᐅᔪᔪᓕᑦᔪᐊᓇᐊᑦᑲᑦᓴᒃᑐᓂᑦ ᓄᓇᓪᓂ ᐱᓇᔪᐊᓇᐊᑦᑲᑦᓴᒃᑐᓕᒃᑐᑦ ᐃᓗᔪᓂᓇᓂᖁᒥᓄᑦ ᐊᓪᓂᐊᔪᖅ ᐊᓪᓂᐊᔪᐊᔪᒥᑦ ᐁᑦᔪᕐᐅᑎᒥᑦ ᐊᓪᓂᐊᔪᐊᕐᓄᑦ ᐊᓪᓂᐊᔪᐊᔪᒥᑦ ᐁᑦᔪᕐᐅᑎᒥᑦ ᐃᓄᓕᑦᔪᐊᑦᓗ ᐃᓄᓕᓪᓕᓄᓇᑦ ᐊᓪᓂᐊᔪᖅ ᐊᓪᓂᐊᔪᐊᔪᒥᑦ ᐁᑦᔪᕐᐅᑎᒥᑦ

ᑕᒪᓐᓇ ᐊᑕᐅᓯᐅᓕᖅᑭᑐᑕᐅᓯᓂᓗ ᐸᖅᓴᒍᑕᐅᓯᒪᔨᖅ ᓯᑲᖅᓕᕆᖅᓯᐊᒍᑲᖅ
ᖃᓄᐃᙱᖅᑭᓯᐊᖅᓂᓕᓇᓂᖅᑎᑦ ᐱᓇᓯᖃᑎᑭᔪᑎᓕᑎᒍᑦ. ᐊᑕᐅᖅᓯᑯᑦ ᓯᑲᓂᖅᓴᓕᐅᑭᑎᖃᖅᓯᒪᒪᖅᑕ
ᓯᓕᖅᔨᐊᓕᒻᒥᒋᑦ ᖃᓄᒪᓂᖃᖅᑎᑭᓯᑌᓕᒪᒍᑎᖅᓴᓂᒃ ᐊᑕᐅᖅᓯᑯᒋᖅᓯᑦ ᑯᐯᒻᒥ ᓯᑕᒪᓂ ᓇᓇᖃᖅᐃᐅᔨᓂ
ᖃᓄᐃᙱᖅᑭᓯᐊᖅᓂᓕᓇᐃᖃᖅᐃᓂ ᓯᓕᖅᔨᐊᓕᒻᒥᒋᑦ ᖃᓄᒪᓇᖃᖅᕆᔪᖅᑦᑕᖅᑦ ᖃᓄᐃᓕᓂᖅᒪᒍᑎᖅᓴᖅᑦ
ᐅᑐᖅᔨᖃᖅᑎᑭᒍᑎᓕᒪᔪᖅᑦ. ᑕᖅᓴᑭᐅᐊᓯᒪᓂᖅᒪ ᐱᒻᒪᓇᐅᔨᖅᖁ ᓇᐃᑕᐅᓕᖅᑭᓯᓕᒻᒥᓂᓗ
ᐱᓇᓯᖃᖅᑎᑭᓐᓇᓂᐅ ᐊᑕᐅᖅᓯᑯᔭᓕᓂᐅ, ᐊᓯᖅᑭᓐᓇᐅ ᐱᓇᓯᓴᐃᐅᔨᓇᐅ
ᐊᑐᑎᔪᐅᒍᓐᓇᓯᔭᕆᔪᖅᑦᑕᖅᑦ.

ᖃᑎᒪᓂᖅᔨᐊᖅᖁ ᓇᐅᓕᒻᒥᑦ ᐊᖅᑕᓇᖅᑐᑎᑦᑎᑕᐅᓕᐊᖅᖃᓂᖅᑭᓂᖅᑕᑦ ᐱᓵᓕᑦ

ᐊᖅᖃᔪᒍᒻᒥᖅᓯᐅᑎᑎᓕᒃ ᑐᖅᒪᓕᐊᓂᒃ ᖃᑎᒪᓂᖅᔨᐊᖅᖃᓕᐅᔨᓐᓂᑦ ᑯᐯᒃ ᑕᖅᖁᖅᒪᓂ ᓇᓇᓕᓕᒪᓂ ᓇᐅᓕᒻᒥᓂᓂᒃ
ᐊᖅᑕᓇᖅᑐᑎᑦᑎᑕᐅᓕᐊᖅᖃᓂᖅᑭᓂᖅᑕᑦ ᐱᓇᓯᑎᓂᖅᑭᑦ ᑯᑦᔨᒋᖅᑕᓯᓂᒃ ᐊᐅᒪᔪᓯ 25ᒥᑦ 27ᒍᑦ, ᖃᑎᒪᔪᑎᖅᓴᖅᓯᑎᒃ
"ᑯᐯᒻᒥ ᓇᐅᓕᒻᒥᑦ ᐊᖅᑕᓇᖅᑐᑎᑦᑎᑕᐅᓕᐊᖅᖃᓂᖅᑭᓂᖅᑕᓂᒃ ᐊᖅᑕᔨᒋᖅᓴᕐᑐᓂᓕᓇᑦ ᐃᓕᒪᖅᔨᓴᕐᑐᓂᓕᓇᓂᒃ."

ᓇᓇᕆᒥ ᓇᐅᓕᒻᒥᓂᒃ ᐊᖅᑕᓇᖅᑐᑎᑦᑎᓕᐊᖅᖃᓂᖅᓯᒥᒃ ᐱᓇᓕᐊᖅᑐᑦ ᐅᐱᒍᖅᓕᓕᑎᒃ ᖃᐅᔨᓴᓕᔭᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ
ᐊᖅᖃᔪᒍᒻᒥᖅᓯᐅᑎᑎᓕᒃ ᖃᑎᒪᓂᖅᔨᐊᖅᖃᓕᐅᔨᓐᓂᑦ 130ᓂᑦ ᐁᐱᐅᓕᖅᑎᓕᐅᔨᓕᒥᒃ. ᐊᖅᑕᔨᒋᖅᓴᕐᑐᓂᓕᓇᑦ
ᐅᖃᓕᖅᓴᖃᖅᑕᖅᓯᑎᒃ ᐱᐅᓕᓇᓕᒪᔭᒥᓂᒃ ᐅᓂᒃᑲᔪᓂᒃ.

ᐱᖅᓴᔨᖅᓯᓕᖅᑕᖅᓴᓕ ᖃᑎᒪᓂᖅᔨᐊᖅᔪᓕᖅᑐᑦ ᐊᔪᐃᓐᓇᕆᔨᖅᑕᓯᑎᑕᐅᓕᖅᑭᖅᑐᑦ ᐊᖅᑕᓂᓕᑦ ᑯᐃᓐᓂᑦ ᐅᐃᒥᓂᕆᔨᒥᐅᓂᑦ
ᐊᔪᐃᓐᓇᕆᔨᖅᑕᓯᑎᓇᖅᑎᖅᓴᓂᒃ ᐅᓇᑕᖅᑎᓴᓂᒃ ᐊᓕᒪᓗ ᖃᓇᑕᒥᐅᑦ ᐅᓇᑕᖅᑎᓴᔨᐊᑎᖅᓯᓂᒃ.

ᐸᖅᓂᓄᑦ ᐱᒃᖁᓕᓇᓂᑦᓄᓗ

ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓂᓗᒃ ᐅᖅᑲᐅᓂᖁᖅᓂᑦ



ᐊᖅᖃᒧᑦ 2008-2009ᒥ ᐊᓂᒃᑐᑐᑦᓂᖅᑲᓪᓚᐅᖅᖃᖅ. ᓄᓕ ᓴᓐ ᓄᖅᖁᒪᑦ ᐃᓚᖓᑕᐅᔪᓴᖅᓂ, ᓂᕆᑎᐅᑎᖁᑕᐅᔪᑐᖓᓪᓗ ᐱᓚᓂᐊᓚᐊᓕᓐᓂᒋᐅᖓᓪᓗ ᐱᓚᓂᖅᖃᐊᖅᑐᑦᓂᖅᑐᐅᑎᓕᓐᓂᑦᓗ ᑲᓚᐅᓴᖅᑕᑎᑕᐅᑦᓂᓂᒃ ᓄᐯᒥᑦ ᐱᓚᓂᓂᑦᓂᐊᓚᐊᓕᓐᓂᒋᐅᖓᓪᓗ ᐱᓚᓂᑦᖁᖅᓚᐊᓴᐃᓐᓂᑦ. ᐲᓚᐅᓴᖅᑕᑎᑕᐅᑦᓂᓂᒃ ᓄᐯᒥᑦ ᐃᓐᓂᑦᓂᐊᓚᐊᖅᑐᖅᑎᑦ ᐃᓐᓂᑦᓂᐊᓚᐊᖅᑐᖅᑎᑦᓗ ᐅᖃᖅᑐᑦᓂ

ᓄᓇᒥᒃᓗ ᐱᓕᕆᔨᑎᑕᐅᔪᓐᓇᖅ ᑲᔪᓯᓕᕆᔨᓂᖅᓴᓇᔨᓕᒥᒃ ᓄᓇᓕᒃᓗ ᑭᖑᓪᓚᒍᑎᓴᒃᑲᓇᖑᓂᖅᓱᓕᒃ ᐱᓕᕆᔨᑭᒍᓕᖅ.

ᐱᓕᕆᔨᕆᐊᒥᓕᓴᐃᓂᖅᓴᖅ ᐱᓕᕆᔨᒃᓯᕆᔨᕆᐊᒥᖑᓪᓚᕐᓴᖅ ᐱᓵᓕᓴᖅᑲᒃᓯᕆᔨᕆᔨᖅᑲᒃᓯᒪᓕᕐᓴᖅ ᐱᓕᕆᔨᖅᑕᐅᑎᕆᐊᒥᓂᕐᓂᒃ. ᐱᓕᕆᔨᓂᖅ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᑎᕆᔨᖅᑐᖅ ᐱᒍᓐᓇᓂᖅᓗᒍᒃ ᐱᓕᕆᔨᖅᓂᖅᓗᒃ, ᐃᒃᓴᓂᕆᒪᔨᓐᓇᓂᕐᓄᓪ ᑐᓂᒪᐅᑎᖅᑲᒃᓂᕐᓄᓪ ᓂᕆᔨᒥᐅᓴᐅᑎᕆᐊᒥᓂᕐᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦᑎᐊᕆᐊᖃᖅ ᐊᑐᓂᓗᒃᑲᓇᕐᓂᖅᓱᓕᒃ ᐱᓕᕆᔨᖅᑲᓇᑕᐃᔨᓂᖅᓱᓕ

ᐱᒋᐊᖅᓂᓕᔪᐃᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔾᔨᓂᖅᓄᑦ ᐃᑲᔪᖅᓱᒪᓂᖅᔭᒥᖅᓯᔪᑦ

ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔾᔨᓂᖅᓄᑦ ᐃᑲᔪᖅᓱᒪᓂᖅᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᐃᑦ ᐸᖅᓂᓂᖅᓄᓪᓗ ᐱᔨᑦᓯᓂᓇᓂᖅᓄᓪᓗ ᐅᑯᐊᒍᔪᖅᑐᑦ ᐊᑕᐅᑦᓱᓕᔪᐊᖅᓯᒪᔪᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᓱᑕᒪᑦ ᐱᓇᓱᑦᐃᑦ ᑲᒪᒋᐊᖅᑎᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔾᔨᓂᖅᓄᑦ ᐱᔪᓐᓇᖅᓯᒪᔪᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔾᔨᓂᖅᓄᑦ:

- ᐃᓱᒪᖅᓯᑦ ᐃᓗᓱᓕᓇᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᒪᒥᓂᐊᖅᑎᑦᑕᒪᓕᒪᓂᑦᓴᑦ;
- ᐃᓕᑎᑎᑐᔪᑦ ᐱᓗᑲᐅᑎᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑦᓱᔪᓐᓂᖅ;
- ᐃᒪᒥᓂᖅᑭᔪᓐᓇᖅᑎᓱᒪᓕᕆᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑎᒥᖅᓯᑦ ᐱᒥᐅᑦᓴᑎᑎᑦᓱᓂᖅ;
- ᓄᓇᓕᒥ ᐱᓇᓱᒫᐃᐅᕆᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦᒡᒐᓕᐊᓂᑦᓗ;

ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔾᔨᓂᖅᓄᑦ ᐃᑲᔪᖅᓱᒪᓂᖅᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᐃᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᑎᑦᓱᓱᐊᖅᑦᑐᑦ ᐅᓯᓂᖅᓗ ᑐᑭᔭᐊᔪᓚᐅᖅᑎᑦᓴᑦ: ᐱᓇᓱᖅᑎᑎᖅᑦᓱᓱᑎᑎᖅ ᐱᓇᓱᖅᑎᑎᒥᒃᓕᒥᓂᖅ, ᓄᓇᓕᓴᒋᐊᖅ ᐱᓇᓱᖅᑎᑎᖅᑦᓱᓱᑎᑎᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᓕᓴᒥ ᐃᓄᖅᓂᖅ ᐱᓇᓱᑦᑎᑎᑦᓯᐊᓱᐊᖅᓯᒪᔪᖅ ᐱᔪᓐᓇᖅᓯᒪᔪᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔾᔨᓂᖅᓄᑦ. ᑕᒪᓐᓇ ᓱᓱᑦᓴᓂᐅᓴᒪᓕᒪᑦᑕ ᐃᓄᐃᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᓱᓱᑎᑎᖅᓯᓴᓴᓂᐅᓂᖅᓂᖅᓂᓐᓂᑐᓪᓗ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᒋᔭᐅᑎᓂᒃᓗᒍ, ᐃᓕᓴᕐᓂᓕᔭᓂ ᑫᓪᓕᑐᐃᒍᓕᖅᑎᖅᑕᑦᓯᕐᓄᖅ ᐊᓂᓂᐊᖅᓂ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦᒡᒐᓕᐊᓂᑦᓗ ᐱᓇᓱᖅᑎᑎᖅᑦᓱᓱᑎᑎᖅ ᐃᓄᖅᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᓪ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔾᔨᓂᖅᓄᑦ ᐃᓄᖅᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᓪ ᐃᓂᓂᐊᖅᓂ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔾᔨᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᓪ.

ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔾᔨᓐᓇᓂᓪ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔾᔨᓂᖅᓄᑦ ᐃᓄᖅᓂᖅᓄᓕᒫᓂᑦ ᐊᑕᐅᑦᓱᓱᑎᑎᑕᐅᓂᖅᑲᖅᓯᒪᔪᑦ

ᑕᐃᓐᓇᐊ ᑐᖅᓱᑎᑦᓱᓕᒫᑦᓴᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔾᔨᑦᑐᓂᖅᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᑕᕆᔨᒪᑦ ᐱᓇᓱᖅᑎᑎᖅᑦᓱᓱᐊᖅᓯᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑎᓂᖅᓄᑦ.

ᐊᐅᓚᑦᓱᓂᖅ ᐅᓯᓂᖅᓗᒍ

- ᐱᓇᓱᑦᑎᒋᓚᐅᔾᔨᓐᓇᒪᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᑐᒃᓴᖅᓄᑦ ᐃᑦᓱᔪᓐᓂᑕᕆᔨᓂᖅᓂᓪᓗ 2008 ᐅᑭᐊᑦᓴᒥ
- ᐱᓇᓱᑦᑎᒋᓚᐅᔾᔨᓐᓇᒪᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᑐᒃᓴᖅᓄᑦ ᓄᓇᓕᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᑎᖅᑦᓱᓱᐊᖅᓯᒪᔪᖅ ᐱᓇᓱᑦᑎᒋᓴᖅᑲᓇᑕᐅᑎᓂᖅᓄᑦᓂᓪ
- ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔾᔨᓂᖅᓄᑦ ᐊᖏᓂᖅᑭᐅᑕᐅᔾᔨᓐᓇᒪᑦ ᓄᓇᓕᒥ ᓴᒃᑯᓕᐅᔪᓂᑦᓴᖅᑲᓇᑕᐅᑎᓂᖅᓄᑦ
- ᑭᓇᐅᔾᔭᑦ ᑐᖏᓕᓐᓂᖅᓄᑦ ᐃᑦᐱᒪᔭᓕᐅᑦᓱᓕᒫᑦᓴᑦ (ᑭᓇᐅᔾᔭᓴᒃᑯᑎᑎᑕᐅᓂᖅᑲᖅ, ᑭᓇᐅᔾᔭᓴᒃᑯᓕᐅᔪᓂᑦᓴᒃᑯᑦᑕᑦᑎᓂᖅᓄᑦ ᐊᖏᓂᖅᑭᐅᑕᐅᔾᔨᓐᓇᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦᓯᐊᓱᐊᖅᓯᒪᔪᖅ)

ᐃᓱᒪᖅᓯᑦ ᐃᓗᓱᓕᓇᓂᖅᓄᑦ ᐃᒪᒥᓂᐊᖅᑎᑦᑕᒪᓕᒪᓂᑦᓴᑦ

- ᑭᖑᓂᖅᓄᓪᓗᒍ ᓴᒃᑯᓕᐅᑕᐅᓪᓗᒥᓂᒃᑲᖅᓯᒪᔪᑦ ᐃᓱᒪᖅᓯᑦ ᐃᓗᓱᓕᓇᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔾᔨᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦᓯᐊᓱᐊᖅᓯᒪᔪᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦᓯᐊᓱᐊᖅᓯᒪᔪᖅ (ᐱᓇᓱᑦᑎᑦᓯᐊᓱᐊᖅᓯᒪᔪᖅ ᓄᓇᓕᓐᓂ ᐃᓱᒪᖅᓯᑦ ᐃᒪᒥᓂᐊᖅᑎᑦᑕᒪᓕᒪᓂᑦᓴᑦ), ᐱᓗᐊᑦᑐᖅ ᐊᓂᓂᐊᖅᓂ ᑕᑎᓂ ᐱᓇᓱᑦᑎᒋᓴᖅᑎᑦᑕᒪᓕᒪᓂᑦᓴᑦ ᐃᓱᒪᖅᓯᑦ ᐃᒪᒥᓂᐊᖅᑎᑦᑕᒪᓕᒪᓂᑦᓴᒃᑯᑦ ᐃᒪᒥᓂᐊᖅᑎᑦᑕᒪᓕᒪᓂᑦᓴᑦ, ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔾᔨᓐᓇᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔾᔨᓐᓇᖅᓄᑦ
- ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔾᔨᓐᓇᖅᓄᑦ ᐊᐃᓐᓂᑐᑦ ᐅᒪᔨᓐᓇᖅᓄᑦ

ᐱᒍᑦᑲᐅᐱᑦᓴᖅ ᐊᓇᖅᓴᓗᐅᔪᓂ (ᐃᓱᒪᓕᕆᔨ
ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᒥᓇᓐᓂᑦ ᑭᖑᒍᓂᖓᓕᒍᑦ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓕᖓᑦᑕ
ᖃᐅᔨᒥᐊᖅᑕᐅᖃᕐᑕᓗᑎᒃ)

ᐃᓕᓴᕆᑎᒍᑦ
ᐱᓗᐊᕆᐊᑎᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ
ᐃᑦᓱᒍᓐᓂᖅ

- ᓴᓇᔪᖃᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐃᓕᓗᓴᕐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑎᓴᑦ ᓴᑦᓗᓂᓗ ᒍᑦᔪᐊᒥᓗᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᐊᕐᓂᒃᓂ
- ᐃᓄᒃᔪᐊᒥ ᐊᑦᓂᑦ ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᐊᑦᓴᖅ ᐱᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅ
- ᑲᖏᖅᓱᐊᓗᑦᔪᐊᒥ ᐃᓄᑐᖅᓗᓗ ᐱᖅᓯᒪᔨᓱᐊᕐᓂᑦᑐᐃᓗ ᐊᓇᖅᓴᓗᐅᔪᖅᑐᖅ

ᐃᒪᒋᓂᖅᓯᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ
ᐊᒻᒪᓗ ᑎᒥᒃᑯᑦ
ᐱᐅᓱᖅᓯᑎᓐᓂᑦ

- ᐱᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐱᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓗᓗ ᐊᔾᔨᒌᖅᑎᑦ ᐱᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᖅ ᐊᒻᒪᓗᓂᒃ ᐱᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᖅ
- ᐱᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᖅᓗᓗ ᐱᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᖅ ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓗᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᖅ ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓗᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᖅ ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓗᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᖅ

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᓇᓱᐊᕐᓂᑦ
ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ

- ᑭᖑᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᓇᓱᐊᕐᓂᐊᕐᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗᓂᒃ ᐊᓇᓱᐊᕐᓂᐊᕐᓂᑦ
- ᓄᓇᕗᒻᒥ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒥᐅᓴᓇᓂᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᓱᓇᐅᒥᓇᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᑐᑭᓯᒥᓇᖅᑐᐱᐅᓂᖅ
- ᓄᓇᕗᒻᒥ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒥᐅᓴᓇᓂᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᓱᓇᐅᒥᓇᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᑐᑭᓯᒥᓇᖅᑐᐱᐅᓂᖅ

ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᒥᓇᓐᓂᑦ 2009-2010ᒥ

ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᓂᓗ
ᑎᑕᐅᑦᓱᒍᓐᓇᑎᑕᐅᓂᖅᓴᖅ

- ᓄᓇᕗᒻᒥ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦᓯᓂᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᓂᓗ ᓄᓇᕗᒻᒥᐃᑦᑕᐅᓂᖅ ᓄᓇᑦᓱᑕᐅᑎᑦᓯᒪᒥ ᑲᓐᓂᕐᓂᖅ, ᐃᓄᐃᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓇᐅᒻᒥᐅᓂᖅ ᐃᓗᓕᖅᑐᖅ ᐊᓇᓱᐊᕐᓂᐊᕐᓂᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᓇᓱᐊᕐᓂᐊᕐᓂᑦ
- ᓱᓕᓴᔪᐊᓕᒻᒥ ᓄᓇᕗᒻᒥᓇᓐᓂᑦᑐᐃᓐᓇᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐸᓴᓕᔪᐊᓕᒻᒥᓇᓐᓂᑦᑐᐃᓐᓇᖅᑐᐱᐅᓂᖅ: ᐃᑲᔪᖅᓱᓕᑎᒃ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦᓯᓂᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓱᓕᔪᑦ ᐃᓅᓱᑦᑐᖅ ᐃᓅᓱᑦᑐᖅᓗᓗ

ᐃᓱᓕᔪᑦ
ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ
ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ

- ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᓂᖅ ᑲᔪᓱᔪᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐁᑦᓴᕈᓱᓱᓕᒪᑎᓂᕐᓂᑦ ᐁᑦᓵᑭᔾᔪᑎᑦᑐᓂᓕᒃ ᐊᓇᓱᑎᒥᓂ ᑲᒪᒋᔭᓱᑦᑐᑦ ᐃᓄᒃᓴᓂᓱᓱᐊᑦᑐᑦ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕗᒻᒥᓇᓐᓂᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᓂᕐᓂᒃ ᓄᓇᕗᓕᒫᓂᕐᓂᒃ ᐱᓕᒍᓐᓇᖅᓯᒪᓂᖅ ᓄᓇᕗᓕᒫᓂᕐᓂᒃ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᓂᖅ
- ᐃᓄᒃᓴᓂᓱᓱᐊᑦᑐᑦ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦᓯᓂᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ ᐃᓄᒃᓴᓂᓱᓱᐊᑦᑐᑦ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦᓯᓂᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ ᐃᓄᒃᓴᓂᓱᓱᐊᑦᑐᑦ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ
- ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓗᓗ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦᓯᓂᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ ᐃᓄᒃᓴᓂᓱᓱᐊᑦᑐᑦ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦᓯᓂᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ ᐃᓄᒃᓴᓂᓱᓱᐊᑦᑐᑦ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ

ᐃᓱᓕᔪᑦ
ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ
ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ

- ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᓂᓗ ᑲᔪᓱᔪᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐁᑦᓴᕈᓱᓱᓕᒪᑎᓂᕐᓂᑦ ᑭᓯᐅᖅᓯᒪᔨᓱᐊᕐᓂᑦᑐᐃᓐᓇᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐊᓇᓱᑎᒥᓂ ᑲᒪᒋᔭᓱᑦᑐᑦ ᐃᓄᒃᓴᓂᓱᓱᐊᑦᑐᑦ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕗᒻᒥᓇᓐᓂᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᓂᕐᓂᒃ ᓄᓇᕗᓕᒫᓂᕐᓂᒃ ᐱᓕᒍᓐᓇᖅᓯᒪᓂᖅ ᓄᓇᕗᓕᒫᓂᕐᓂᒃ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᓂᖅ
- ᐃᓄᒃᓴᓂᓱᓱᐊᑦᑐᑦ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦᓯᓂᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ ᐃᓄᒃᓴᓂᓱᓱᐊᑦᑐᑦ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦᓯᓂᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ ᐃᓄᒃᓴᓂᓱᓱᐊᑦᑐᑦ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ
- ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓗᓗ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦᓯᓂᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ ᐃᓄᒃᓴᓂᓱᓱᐊᑦᑐᑦ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦᓯᓂᕐᓂᒃᓂᕐᓱᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑦᓱᒍᓐᓇᕐᓱᓕᔪᑦ ᐃᓄᒃᓴᓂᓱᓱᐊᑦᑐᑦ ᐊᓇᓱᑎᑕᐅᔪᖅᑐᐱᐅᓂᖅ

- ᐃᓱᒪᒃᓯᑦ ᐃᓗᓱᓕᓇᓂᕐᔪᓕᖅᓯᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔨᓕᑦᓴᑦ: ᑭᖑᓂᖑᒍᑦ ᖃᒃᓄᐃᓕᖑᓕᕐᓯᒪᖓᑦ ᖃᒃᐅᔨᑎᖑᔪᑦᑕᐅᓂᖑᒪ ᐃᓱᒪᒃᓯᑦ ᐃᓗᓱᓕᓇᓂᕐᕆᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦ ᐊᑲᓂᕐᓂᖅ ᑕᒻᓂ; ᑲᒪᒍᓱᑦ ᐃᓄᓐᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᐅᑎᖑᓕᓐᓂᒃ ᐊᑲᖅᑭᑕᐅᔨᑦᓴᐅᒪᓗᖑᖅ ᑭᖑᒍᑦᔪᓕᒫᓂᓗ ᖃᒃᓄᐃᓕᖑᓕᕐᓯᒪᖓᑦ ᖃᒃᐅᔨᑎᖑᔪᓕᕐᓱᑦ ᖃᑭᓄᓕᖑᔪᓂᓕᕐᓂᒃ
- ᖃᑦᕼᒍᑕᒪᓴᑦᑕᑐᑦᓴᓂᒃ ᑭᓇᐅᔨᑦᓱᐅᓂᖑᖅ ᐃᓱᒪᒃᓯᑦ ᐃᓗᓱᓕᓇᓂᕐᕆᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᑕᓱᑎᑦᓴᓂᒃ ᖃᒪᓕᓗ ᐅᖑᒃᖑᑎᖑᖑᓂᒃ ᑯVᒪᒥ ᐃᓗᓱᓕᓇᓂᕐᕆᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᑦᓄᓂᑦ ᑐᑦᖢᑦᕼᐃᑯᓂᒃ

ᐃᓕᑭᑎᒍᑦ
ᐱᓗᒃᐅᐅᑎᓂᖑᖅ ᖃᒪᓕᓗ
ᐃᑦᓱᒍᓂᖑᖅ

- ᐃᑦᓗᓴᑦᑕᑎᑦᓱᓂᖑᖅ ᖃᑦᓂᑦ ᐃᑲᔪᑦᑕᐅᐃᖑᑦᓂ ᓴᑦᓗᓵᑦᑐᑐᑦᓴᓂᒃ ᑯᓚᓗᓐᓂᑦᑐᑦᓴᓂᒃ
- ᐃᓄᒃᔪᐊᒥ ᖃᑦᓂᑦ ᐃᑲᔪᑦᑕᐅᐃᖑᑦᓂ ᐅᒃᑯᐃᐃᑕᐅᔨᑦᑐᑦᓴᓂᒃ
- ᐃᑦᓱᒍᓂᖑᓄᓂᑦᑕᐅᔨᑦᓴᓂᒃ ᐅᒃᑯᐃᐃᑕᐅᔨᑦᓴᓂᒃ

ᐃᒪᒥᓂᖑᓯᒍᓐᓇᖑᓂᑦᓱᑦᑕᐅᓂᖑᖅ
ᖃᒪᓕᓗ ᑎᒥᒃᑯᑦ
ᐱᑦᓱᑲᑦᓱᐅᖑᑦᑐᑦ

- ᐱᓇᓱᒃᑎᑎᖑᓂᖑᓱᓂᒃ ᐅᒃᑯᐃᐃᑕᐅᔨᑦᓴᓂᒃ ᖃᒪᓕᓗ ᑎᒥᒃᑯᑦ ᐱᑦᓱᑲᑦᓱᐅᖑᑦᑐᑦ ᐊᑐᖅᑭᑦᓴᓂᒃ
- ᐱᓇᓱᒃᑎᑎᖑᓂᖑᓱᓂᒃ ᓯᒡᒐᐅᑎᖑᓂᖑᖅ ᐱᓇᓱᒃᑎᑎᖑᓂᖑᓱᓂᒃ ᐱᓇᓱᒃᑎᑎᖑᓂᖑᓱᓂᒃ ᐃᓗᓱᓕᓇᓂᕐᕆᒃ ᐱᓇᓱᒃᑎᑎᖑᓂᖑᓱᓂ

ᐃᓱᒪᓕᕆᓂ ᐃᓄᓐᓯᓪᓚᑎᓂᖅ, ᐃᒪᒋᔭᐅᕐᓯᑐᒪᔪᑎᓂᕐᓂᖅ ᐊᒪᓚᓄ ᐊᖏᔪᕆᓂ ᖃᓄᐃᖅᑎᓯᐊᕆᐊᖃᖅᓯᖅᑎᓂᒃᓄ ᒪᑭᑕᓯᐊᕆᐊᖃᖅᓯᖅᑎᓂᒃᓄ

ᐱᓇᓱᑕᑕᐅᔪᓂᖅ ᐃᑲᔪᓯᒪᓴᐅᓯᖅᑎᑎᔪᑦ, ᐱᓇᓱᑎᑐ ᑲᒪᒋᐊᖅᑭᔪᔾᔪᖅ ᐃᓱᒪᓕᕆᓂ-ᐃᓄᓐᓯᓪᓚᑎᓯᒋᐊᖅ ᐱᔪᑦᓴᓂᓯᓄᑦ ᐱᓇᓱᑕᑕᐅᔪᓂᓴᓂᖅ ᐊᒪᓚᓄ ᐃᒪᒋᔭᐅᕐᓯᑐᒪᔪᑎᓂᓴᓂᖅ ᐱᔪᑦᓴᓂᓯᓄᑦ ᐱᓇᓱᑕᑕᐅᔪᓂᓴᓂᖅ. ᑌᓐᓇ ᐱᓇᓱᑎᑐ ᑲᒪᒋᐊᖅᑭᔪᔾᒋᓪᓗᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᕙᓪᓕᐊᓂᖅᑎᓐᓂᖅ ᐊᖏᔪᑎᓂᖅ ᐱᓐᓄᓗᒋᓪᓂᖅ ᐱᔪᑦᓴᓄᖅ (ᐊᖏᔪᑎᓂᖅ ᖃᓄᐃᖅᑎᓯᐊᕆᐊᖃᖅᓯᖅᑎᓂᒃᑕ ᒪᑭᑕᓯᐊᕆᐊᖃᖅᓯᖅᑎᓂᒃᑕᓗ ᐱᓇᓱᑕᑕᐅᓂᖅᑎᓂᒃ)

ᐃᓱᒪᓕᕆᓂ ᒪᑭᑕᓯᐊᕆᐊᖃᖅᓯᖅᑎᓂᖓᓄ ᓄᓇᓕᑎᓂᒥᐅᑎᓂ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᖅᑎᓐᓇᕆᐊᖃᖅᓴᓗᖅ. ᑕᖅᑭᓂ ᐊᖏᔪᔪᒪᓕᒃᑐᖅ, ᐊᒪᓚᓄᓇᓕᒫᖅᑐᓂᒃ ᐃᓱᒪᓕᕆᓂ-ᐃᓄᓐᓯᓪᓚᑎᓯᔨᓕᖓᓄᓕᕆᓂᖅᓯᓂᖅᓴᓂᖅ ᐱᓇᓱᑕᑕᐅᔪᓂᓴᓂᖅ, ᑭᓇᐅᔨᓴᖅᓴᑎᑕᐅᑭᓴᓕᕆᓂᖅᓴᓂᖅ ᑕᒪᑕᒥ ᓴᖅᑲᐃᓕᕆᓂᖅᓴᓂᖅ ᐃᓱᒪᓕᕆᓂ ᐃᑲᔪᓯᒪᓴᐅᓯᖅᑎᑎᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᖅᑎᓐᓇᕆᐊᖃᖅᓴᓗᖅ ᐊᒪᓚᓄᓇᓕᒫᖅᑐᓂᒃ

(ᐃᓕᓴᕐᓂᐅᔭᖅᑐᓂᒃ ᑲᒪᔨᓐᓇᓂᕐᒥᒃ ᐱᓕᕆᖅᑎᑕᐅᓂᖅ) ᐃᓕᑕᓇᔭᐅᔪᑎᑦᓯᓕᓕᖅᑐᑦ, ᐱᓕᕆᖅᑎᑦᓯᓂᖅᓱᒪᑎᔪᑦ Living Works; ᒪᖅᑭᓕᐊᓐᓂᒃ ᐱᓕᕆᖅᑎᑦᓯᓂᕆᔨᖅᑎᒃ ᐃᓕᑕᓇᔭᐅᔪᑎᑦᓴᑦᓯᓂᕆᔨᓕᓕᖅᑐᒃ

- ᐱᖓᓱᓂᖅᑐᐃᓐᓇᓯᓂᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᕐᓕᔪᑎᑦᓴᓄᓂᖓᓱᒪᓂᕆᒃ ASIST ᑲᑎᒪᓂᐊᕐᓯᖅᓯᓯᓕᓕᖅᑐᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓕᕆᖅᑎᑦᓯᓂᖅᑎᑦᓗᓕᑦ ᓄᓇᓕᖓᓂ
- ᐱᖓᓱᓐᓇᓯᓂᖅᑎᒃ ᑲᑎᒪᓂᐊᕐᓯᖅᓯᖅᑎᓯᓯᖅᑕᓂᕐᓕᓂᕆᔨᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᐊᓐᓇᐅᔨᓂᖅᑐᓄᑐᒍ ᖃᐅᔨᓴᖅᓱᒪᓐᓇᖅᑐᓂᖅᓯᖅᑎᓂᖅᑐᓄᑐᒍᓗ

Δ˙Γσ◁˚U⌐LJΠ˚ϟ˙ ΛΓᐅ˚ϟΠ˚ᓂJ˚ᐅσᓄᑦ᙮ ᐅᓪᓗΓ˙J˚

ΛΓᐅ˚ϟ˚ᐅσᓄᑦ	ᓂᓭ˙Γ	ᐅᓪᓗᓐᒐ	ᑭᑎ˚ᔪΠᓐᒐ	ΛJ˚ϟᐅᔪ˚
2007-2008				
ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂ˚	ϧᓐ˚ᓂᓭ	ᐃ>◁ᓱ-07	22	ᐅᐃ˙◁˚ Δ˚⌐˚ᔨΠᓐ˚
ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂ˚	>ᐃ˚σ⊃Γ	7-07	20	ᐅᐃ˙◁˚ Δ˚⌐˚ᔨΠᓐ˚
ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂ˚	ᓴ˚⌐σ	7-07	14	7 Δ⌐ᐃΔ˚ ᓂᓭ˚σ˚ ΛᓂLᓄ ◁˙L⌐ 7 ᑲ˚σ◁ᐃ◁ᐃ^σ Λᓭᓂᑎᑦ
ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂ˚	ϧ˚ᓂᓱ◁ᔦᐃ˙Γ	ᓂᑦΠ˙ᓱ-07	15	8 Δ⌐ᐃΔ˚ ᓂᓭ˚σ˚ ΛᓂLᓄ ◁˙L⌐ 7 ᑲ˚σ◁ᐃ◁ᐃ^σ Λᓭᓂᑎᑦ
		ϧΠ˚ᓂΠ˙ 2007-2008Γ	71	
2008-2009				
ϧΠLσᓄ ◁˙L⌐ ᑭᓴJσᓐᒐJ˚ ᖃᓄᐊᑎᒍᓱᒪᓐᒐ˚ ᐊΓᐅ˚ϟΠᑎᑕᐅσᓐᒐ ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂᑦσ˙ Δᓕᓴ˙ᐅᐅ˚	ϧ˚ᓂᓱ◁Γ	ᓂᑦΠ˙ᓱ-08	6	ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂᑦσ˙ Δᓕᓴ˙
ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂ˚	ϧᓐ˚ᓂᓭ	ᓂᑦΠ˙ᓱ-08	17	Δ⌐ᐃΔ˚ ᓂᓭ˙Γᐅ˚
ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂ˚	ϧ˚ᓂᓱ◁Γ	⌐ᐃ˙ᓱ-08	18	Δ⌐ᐃΔ˚ ᓂᓭ˙Γᐅ˚
ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂ˚ Δ˙Γσ◁˚ᑐᐃσᐅᐅᓂᖅᑐᑎ⌐J Δ⊃˚ᑐ⊃σᓄ Δϧᓂᑭᓂ˚	>ᐃ˚σ⊃Γ	ᓄ⌐ᐃ◁ᓱ-09	12	Δ⌐ᐃΔ˚ ᓂᓭ˙Γᐅ˚
ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂ˚	Δ⌐ᐃᓂᓱ◁Γ	ᓄ⌐ᐃ◁ᓱ-09	13	Δ⌐ᐃΔ˚ ᓂᓭ˙Γᐅ˚
ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂ˚	ᓴ˚⌐σ	İ˚ᓂ-09	14	Δ⌐ᐃΔ˚ ᓂᓭ˙Γᐅ˚
ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂ˚	◁ϧ⌐Δ˙Γ	İ˚ᓂ-09	17	Δ⌐ᐃΔ˚ ᓂᓭ˙Γᐅ˚
ASIST Δ˙Γσ◁˚σᐅᐅ˚ϟᑭσᓄ ϧLJᓂ˚ ◁˙L⌐ Δ˙Γσ◁˚ᑐᐃσᐅᐅᓂᖅᑐᑎ⌐J Δ⊃˚ᑐ⊃σᓄ Δϧᓂᑭᓂ˚	ϧᓐ˚ᓂᓱ◁⌐ᓱ◁Γ	∇ᓕ⌐-09	15	Δ⌐ᐃΔ˚ ᓂᓭ˙Γᐅ˚
		ϧΠ˚ᓂΠ˙ 2008-2009Γ	112	
		ϧΠ˚ᓂΠ˙ ᐅᓪᓗΓ˙J˚	183	

ᐊᖏᔪᑎᑦ ᖃᓄᐃᖅᑭᓯᐊᓕᐊᖏᖅᖁᓂᖅᓯᖅᓱᓕ ᒪᑭᑦᓯᐊᓕᐊᖏᖅᖁᓂᖅᓯᖅᓱᓕᓗ

- ᐱᓕᓯᐊᖏᑦᑕᐅᑭᐊᓯᓴᖏᑦ 2009-2010ᒥ

ᐱᓕᓯᐊᓴᑭᒪᓕᕐᖏᑦ ᐱᑦᔨᑎᑎᐅᔨᐃᓐᓗ 2009-2010ᒥ

ᐃᓯᒪᓄᑦ ᐃᓗᓯᓚᓕᓂᖅ

- ᖃᑭᒥᖃᓕᕐᓄᐃᓴᖅᑎᑦᑕᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᐃᓇᓱᑦ ᓄᓚᓐᓂ ᓯᓂᑦ ᑭᖅᖅᔪᒪᓕᖏᑦᑐᓕᖅᑎᒋᑦ ᐃᓯᒪᓄᑦ ᐃᓗᓯᓚᓕᓂᖅᓴᖅ ᐱᑦᓗᒍ ᐱᒍᑦᔨᓱᑦᓗ ᐃᓂᑦᓚᖅᑐᓕᖅ
- ᖃᓄᐃᓴᖏᑦᑕᐅᓂᖏᑦᑐᑦ ᐱᓕᓯᐊᖏᑦᑕᐅᓯᒪᔨᑦ ᐃᓯᒪᓄᑦ-ᐃᓗᓯᓚᓕᓂᖅᓗᒃᑐᓄᑦ ᐱᓕᓯᑦᑎᓄᑦ ᖃᐅᔨᓴᐅᑎᐃᓇᓱᑦᑎᓗᒃᑐᑦ ᐱᑦᓯᔨᑎᑦᑕᐅᔪᑎᑦᓴᓄᖅ ᑮᓴᖅᑐᓄᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓄᖅ
- ᐊᑦᖁᔨᓴᖏᑦᑕᐅᓂᖏᑦᑐᑦ ᐱᓕᑦᓴᖏᓄᓴᖏᑦᑎᓂᓴᖏᑦ ᐃᓯᒪᓄᑦ ᐃᖅᔨᖏᑦᑕᐅᔪᑎᑦᓴᓂᐅᓂᖅᓄᖅ ᐅᐃᖅᖁᑦ (ᐃᓗᓯᓴᖏᓄᖅ ᐊᓐᖏᕐᕋᔨᑦ ᐅᑦᔨᐊᐊᒋᑦᑐᑐᓗ ᑲᐃᖅᓯᐊᒋᑦᑐᑐᓗ, ᐃᓄᒃᔨᐊᒋᑦᑐᑐᓗ ᐊᓐᖏᖁᓄᒃ ᐊᓐᓂᓗ ᑲᐃᖅᓯᐊᓗ ᐃᓗᓯᓚᓕᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᐱᒍᑦᔨᓂᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ)

ᐃᓕᒥᓂᐊᖏᑦᓯᑌᓕᒪᔪᑎᑦᓴᑦ

- ᑭᖅᔪᓂᖅᓴᓕᑦ ᖃᓄᐃᓕᓂᖅᓴᓕᖅᑎᓕᑦ ᖃᐅᔨᓴᒥᐊᖏᑦᑕᐅᓂᖅᓱᑦ ᐱᒋᐅᖏᑦᓴᓂᑕᐅᓂᖅ ᐃᓕᒥᓂᐊᖏᑦᓯᑌᓕᒪᔪᑎᑦᓴᓂᖅᓴᖅᑐᓄᑦ ᐃᓕᒥᓂᐊᖏᑦᓴᓂᐅᓂᖅᓄᖅ ᐃᓕᒥᓂᐊᖏᑦᓴᓂᐅᓂᖅᓴᖅᑐᓄᑦ

ᐊᖑᓚᖅᑐᑦ ᖃᓄᐃᖕᓂᕐᓂᐊᕆᐊᖃᖅᑎᑦᓂᖅ ᒪᑭᑦᓂᐊᕆᐊᖃᖅᑎᑦᓂᖅ

- ᖃᑎᖃᕐᓇᐊᑦᓂᐊᑕᐅᓪᓗᑦ ᐱᔪᑦᔨᓂᑦ ᑲᑭᒪᔭᓚᑎᔪᑦ ᕿᑦᓴᑕᐅᖃᓂᐊᕐᓂᒪᑎᔪᑦ ᐊᖏᖃᖅᑎᑦᓂᖅ ᐊᖑᓚᖅᑐᑦ ᖃᓄᐃᖕᓂᕐᓂᐊᕆᐊᖃᖅᑎᑦᓂᖅᓂᒃ ᒪᑭᑦᓂᐊᕆᐊᖃᖅᑎᑦᓂᖅᓂᒃ ᐱᑦᓗᒃ

ᐃᓕᓴᕆᑎᔪᑦ ᐱᓗᐅᐅᑎᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᑦᓂᔪᓂᓗᑦᑕᐅᓂᖅ

ᐱᓇᓂᐊᖅᑕᐅᔨᓕᒫᑦ ᐃᓕᑭᑦ ᐱᓗᐅᐅᑎᓂᖅᓂᕆᔨᓂᖅᓂᑦ ᐃᑦᓂᔪᓂᓗᑦᑕᐅᓂᔨᓕᓂᖅᓂᑦᓗ ᐱᓇᓂᖅᑎᑎᔪᑕᐅᓂᓂᐊᕐᓂᐊᕆᐊᖃᖅᑐᖅᓴᑦ ᐅᓇᓕᓕᒫᓂ ᐊᑦᓯᑎᖅᖅᑎᑕᐅᓂᖅ ᐱᓇᓂᐊᖅᑐᑦ, ᐋᖅᑭᐊᓂᔪᓂᖃᖅᑎᑦᓂᐊᕐᓂᐊᕆᐊᖃᖅᑎᑦᓂᔪᓂᑎᑦᓗ ᑲᑐᔾᔨᓇᔭᐅᓗᓂᑎᑦᓗ ᐃᑲᔪᖅᑎᑎᑎᑕᐅᓗᓂᑎᑦᓗ. ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐱᓇᓂᑕᐅᑎᑦᓂᒫᑦ ᓂᕆᑦᓂᐅᔭᐅᑎᐊᖅᑎᑎᑐᑎᓗᑎᑦ ᓇᓗᓴᕐᑕᐅᓂᔪᓚᑦ ᐃᓅᓴᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓗᓐᓂᑦᓗᓴᓕᒫᑦ ᐱᔾᔪᓂᑦᑕᐅᓂᖅᓴᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕᐅᓂᖅᓴᑦ ᐱᖓᓱᖃᑎᒌᒃᑯᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕᐅᓂᖅᓴᑦ ᐃᓗᓐᓂᑦᓗᓴᓕᒫᑦ ᐃᓗᓐᓂᑦᓗᓴᓕᒫᑦ. ᑕᒪᒃᑯᐊ ᐱᓇᓂᑕᐅᑎᑦᓂᒫᑦ ᓂᕆᑦᓂᐅᔭᐅᑎᐊᖅᑎᑎᑐᑎᓗᑎᑦ ᓇᓗᓴᕐᑕᐅᓂᔪᓚᑦ ᐃᓅᓴᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓗᓐᓂᑦᓗᓴᓕᒫ

- **ᐃᑲᔪᖏᑕᐅᓕᖏᓂᑦ ᐊᖏᓐ ᐱᓗᑲᑦᑕᐅᓕᒪᔪᑦ**

  - ᐱᓇᓱᖏᑕᐅᓂᖅᓯᒃ ᑲᔪᓱᔨᐅᓂᖅᓯ ᐊᖅᑭᖑᓂᒋᓱᐊᕈᑕᐅᓂᖅᓯᓗ ᐅᐸᒍᐃᑕᐅᓂᕐᔪᖅᓯᒃ ᐊᔨᐱᖏᐃᐅᑦ ᐃᑲᔪᖏᑕᐅᓕᐃᐅᑦ ᐃᓄᐸᔪᐊᒥ ᐅᑭᐊᕐᓴᒥ 2009ᒥ
  - ᒍᑦᔪᐊᖏᕐᐱᑎᑐᑦᔪᖅ ᐊᖏᓐ ᐃᑲᔪᖏᑕᐅᓕᖅᓯ ᑐᖅᖅᓯᓗᐃᖅ ᐅᐸᒍᐃᖅᓯᓂᔪᐊᖏᓐᓕᕆᓂᑦᓯᓂᖅᓯᒃ ᐅᖃᐅᓯᐅᖃᖅᑕᑐᖅᔪᖅ
  - ᒪᖃᕆᐅᖅ ᐃᑦᑐᐃᖅ ᓴᓇᕗᑎᓴᖏᓂᒃᑯᖅ ᐱᓇᓱᖏᑕᐅᔪᑦ, ᐁᑦᔪᖅᓯᖅ ᐃᓂᑦᓱᐊᑦ ᐊᖏᓐ ᐃᑲᔪᖏᑕᐅᓕᖅᓯᒪᓕᖅᓯ ᓴᓂᐊᖏᑦᑕᖅᓯᖅ ᓴᑦᑐᓂᖅ ᐁᑦᔪᖅᓯᖅᓯᓗᐃᖅ ᒍᑦᔪᐊᖏᕐᐱᑎᑐᑦᔪᖅ ᓴᓂᐊᖏᑦᑕᖅᓯᖅ ᐃᑲᔪᖏᑕᐅᓕᖅᓯᒪᓕᖅᓯ ᐅᖃᐅᓯᐅᖃᖅᑕᑐᖅᔪᖅ ᐃᓄᐸᔪᐊᒥ ᐅᑭᐊᕐᓴᒥ ᐊᖏᓐ ᐃᑲᔪᖏᑕᐅᓕᐃᐅᑦ ᐱᓇᓱᖏᑕᐅᓕᖅᓯᒪᓕᖅᓯ ᐃᓄᐸᔪᐊᒥ ᐅᑭᐊᕐᓴᒥ ᐊᖏᓐ ᐃᑲᔪ

ᖃᓄᐃᓕᓴᕐᓂᖅᓯᓐᓂᖅ ᖃᐅᔨᓴᕐᓇᖅᑐᑦᑕᑦᓴᓕᖅ); ᒎᓕᒃᐊ ᐱᓇᓱᑦᑎᓯ ᐱᒋᐅᔪᓴᑎᑕᐅᔨᓱᓇᓕᓪᓗᑦ ᑕᓪᓕᐊᓂᖓᓄᑦ; ᑕᒥᓂᓂ ᐱᔭᕐᓂᖓᓐᓇᓴᓕᓂ, ᐊᑦᔨᑭᖓᓂᑕᓂᖅ ᐱᓇᓱᓚᖃᖅᑐᓂᖅ ᑭᓚᒋᔪᖅᑐᓂ ᐃᓚᖃᖅᑎᑦᑎᓂ ᐅᒪᓚᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐅᓚᒋᔪᓂ ᐊᑦᑕᐅᓯᒪᓂᖅᓴᓂᖅᓱᓚᖃᖅᑐᑦ; ᐃᓱᒪᔨᓂᓕᕆᓂᖅᓴᓂᖅ ᐱᔭᕐᓂᖓᓐᓇᓴᓕᓂ ᐊᑦᑕᐅᓯᒪᓂᖅᓴᓂᖅᓱᓚᖃᖅᑐᑦ ᐃᓚᒋᔪᓂ ᐊᑦᑕᐅᓯᒪᓂᖅᓴᓂᖅᓱᓚᖃᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᓚᖃᖅᑐᓂᖅ ᐃᓚᒋᔪᓂ ᐊᑦᑕᐅᓯᒪᓂᖅᓴᓂᖅᓱᓚᖃᖅᑐᑦ

- ᐱᒋᐊᖅᓂᓕᔪᑎᑎᑦᓯᔪᑕ, ᖃᐅᓂᔪᑎᖅ ᒪᓂᕆᐅᓕᐅᔨᔪᖏᖅ ᑯᐯᒪᒋ ᑲᕈᒪᖅᑯᓂᓐ ᓄᑦᑎᓂᐅᔪᓕᐊᑐᖅᓯᑯᓂᕆᓂᓕᕆᔨᔪᑎᑎᑦᑕᐅᓯᑯᓂᕆᓂᓕᕆᔨᔪᑎᑎᐅᑦᓯᓂᓗ ᓄᖅᑲᓇᐊᑦᓯᐊᕐᓂᖅ ᐊᓕᓇᖅᑐᐊᔨᖅ ᐃᓕᓴᐅᔪᑎᖅᑐᑦ (ᐃᓕᓴᐅᔨᔪᖏᖅ M-17) ᐊᓕᓇᖅᓯᓴᐅᓂᐊᖅᑎᑦᓂᓗᔪᒍ ᐃᓄᐃᑦᑐᖅᓂᓐ ᑎᒥᖅᑯᓗ ᐃᓗᓕᕆᓂᐊᓂᖅᓴᖅᑎᑦᓂᓐ.

ᓄᓇᓕᒫᓂ ᐱᓕᕆᖅᑎᑎᒋᔭᐅᓂᖅᓴᐅᒥᔨᓕᒥ ᐱᖅᑲᓇᑦ ᐃᓄᐃᑦᑎᖅ ᐊᓕᓇᖅᓯᓕᕆᓂᖅ:

- ᓴᓕᖅᒪᒥ ᐃᓄᐃᑦᑎᖅ ᐊᓕᓇᖅᓯᖅᓯᒪᑕ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ ᑭᖅᖅᔪᒍᒪᕆᓂᖅᓴᒪᑕ ᐱᓕᕆᖅᑎᑎᒋᔭᐅᑎᒋᓴᖅᑎᓂᖅᑐᓂᖅᑐᖅ ᔨᓂ 2008ᒥ ᑲᑎᒪᓂᖅᓴᕆᓂᕐᑎᖅ ᔫᐃᖅᓂᑐᒥ.
- ᐊᑕᐅᑦᓂᔪᓐᓇᑎᓂᔨᑦ ᐱᖅᑲᓇᑦ ᐃᓄᐃᑦᑎᖅ ᐊᓕᓇᖅᓯᓯᖅᑐᓂ ᑲᑎᒪᓂᖅᓴᓇᐊᖅᖅᓱᒪᕆᐅᔨᔪᖏᖅ ᔨᑦᔨᓕᕆᔨᔪᖏᖅ 2008ᒥ ᐱᓕᓴᐅᑎᑦᓱᓂᑦᓗ ᐅᓂᖅᑲᓕᐅᖅᑎᑦᓴᖅᑎᑦᑎᓂᕆᓂᕐᑎᖅ ᐱᓕᐊᖅᑎᑦᑕᐅᔨᓴᓂᑦᓗ.
- ᐱᓕᕆᖅᑎᑎᒋᔭᐅᑎᖅᓴᖅᓂᐅᒥᔨᔪᖏᖅ ᖃᐅᓂᔪᑎᑎᐅᑎᔨᓕᕆᔨᖅ ᐱᓕᕆᑦᑕᐅᔨᔪᑦᑭᓱᖅ ᐊᐅᓪᓚᕆᔨᓕᕆᔨᖅᑎᑎᒋᔭᐅᑎᖅᓴᖅᑎᑦᑎᓂᕆᓂᕐᑎᖅ ᐅᓂᖅᑲᓕᐅᖅᑎᑦᓴᖅᑎᑦᑎᓂᕆᓂᕐᑎᖅᓴᖅᓂᐅᒥᔨᔪᖏᖅ ᓄᓇᓕᒫᒥ ᐃᓄᐃᑦᑎᖅ ᐊᓕᓇᖅᓯᖅᓯᒪᑕ ᐱᓕᕆᖅᑎᑎᒋᔭᐅᓂᖅᓴᖅᑎᑦᓂᓐ.

ᐱᓕᕆᖅᑎᑎᒋᓴᐅᓂᐅᒥᔨᓕᒥ ᓄᓇᓕᒫᓂ ᑯᐯᒪᑕᓗ ᐱᓕᕆᖅᑎᑎᒋᓴᐅᓂᕆᓂᖅ ᑲᑐᔪᓐᓇᖅᐅᑦᓯᕆᔨᑦᓯᑯᓂᕆᓂᖅ ᐃᓄᐃᑦᑎᖅ ᑲᒪᒋᔪᐅᑦᓯᕆᔨᑦᓯᑯᓂᕆᓂᖅᑐᑦ ᓂᑦᔪᕐᑕᐅᐅᓕᕆᔨᑦᓯᑯᓂᕆᓂᖅᓴᖅᑎᑦᓂᓐ.

- ᓄᓇᓕᒫᓂ ᐅᑯᐊ ᐱᓕᕆᖅᑎᑎᒋᔭᐅᔪᑦᑐᖅ, ᓄᓇᒪᒥᑎ ᐃᓄᐃᑦᑎᖅ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ, ᓄᓇᒪᒥᑎ ᐊᑦᓐᓂᑦ ᑲᑐᔨᖅᑎᑎᒋᓴᖅᓂᖅᓴᖅ, ᑲᑎᒪᒃᑯ ᓄᓇᓕᒫᓂ ᑲᒪᒋᔭᖅᑎᑦ, ᒪᑭᑲᒃᑯ ᐅᑯᐊᑐᖅᑐᖅᓯᒪᓂᖅ ᐊᑦᓚᖅᑕᐅᓂᖅᑐᖅᓯᒪᓂᖅ ᐅᑯᐊᑐᖅᑐᖅᓯᒪᓂᖅᑐᖅᓯᒪᓂᖅᑐᖅᓯᒪᓂ

ᐃᓕᖅᑎᓯᓂᖅ – ᑎᑎᕆᔨᑦ ᐃᓗᓯᖏᓪᓗᒍᕐᓗᑎᒃ

ᐊᖏᖅᓂ ᓯᔾᔪᓕᐅᕆᐅᔨᓪᓚᓂᑦ ᐃᓕᒥᕆᐅᓕᐅᔨᓯᒪᔾᔪᑦ ᐱᐅᓯᑎᑕᐅᑎᓕᐊᖏᓐᓄᑦᓂᖅᓯᒪᑦ ᐱᒍᑦᓴᐅᓂᖅᓄᑦ ᐱᓕᕆᓐᓄᑦᓂᖅᑕᐅᒍᑎᑎᖅᑭᑦ ᑎᑎᕆᒥᑦ ᐃᓗᓯᖏᓪᓗᒍᕐᓗᑎᒃᑐᐃᓐᓇᑦ. ᐃᓯᒪᑎᕆᐅᓂᖅᑐᐅᑎᓪᓗᒥᑦ ᑲᖃᑦᓴ ᐅᐱᖅᑫᓗ ᐱᓪᓗᐊᑎᐊᓕᓯᓂᒃ ᐱᒍᑦᓴᐅᒍᑎᑎᖅᑭᒃᑲᓇᐊᖏᓐᓄᑦ.

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᓕᓪᓕᐊᓂ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᖅᓯᒃ ᐱᒍᑦᐅᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ ᑲᑎᒪᔨᓕᐊᓇᓯᒪᓴᖅᓯᑦ ᐃᓐᓇᖅᑎᓯᓂᖅ ᐱᓪᓗᐊᑎᐊᓕᓯᓂᒃ ᐱᒍᑦᓴᐅᓂᖅᓄᑦ:

- ᐱᒍᑦᐅᓂᖅᒍᑦ ᐊᖓᔪᖅᑲᑎᑎᖅᑭᒃ ᐱᐃᓐᓇᖅᑎᓯᓂᖅᓄᒃ ᐃᓐᓇᖅᑎᓯᓂᖅᓄᒍᑦ ᐱᒍᑦᐅᓂᖅᓂᒃ ᐱᓪᓗᐊᑎᐊᓕᓯᓂᒃ ᐱᒍᑦᓴᐅᓕᐊᓕᓯᓂᒃ;
- ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᔨᓯᓚᒥᒃ ᖃᐅᔨᓴᑲᑎᑎᖅᑭᒃᑐᓂᒃᓯᒪᔨᑦ ᓯᓚᐅᒃ ᑭᓯᓚᖅᑲᓇᐅᔨᓯᒪᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᓕᐊᓇᓯᒪᓴᖅᓯᑦ ᐱᓕᕆᓐᓄᑦᓂᖅᑕᐅᒍᑎᑎᖅᑭᒃᑐᐃᓐᓇᑦ ᐃᓐᓇᖅᑎᓯᓂᖅ ᐱᒍᑦᓴᐅᓂᖅᓄᑦ ᐃᓐᓇᖅᑎᓯᓂᖅᓄᒍᑦ ᐱᒍᑦᐅᓂᖅᓂᒃ ᐱᓪᓗᐊᑎᐊᓕᓯᓂᒃ ᐱᒍᑦᓴᐅᓕᐊᓕᓯᓂᒃ ᐱᓕᕆᓐᓄᑦᓂᖅᑕᐅᒍᑎᑎᖅᑭᒃᑐᐃᓐᓇᑦ ᐃᓐᓇᖅᑎᓯᓂᖅᓄᒃ Constance Lethbridge and MacKay Rehabilitation Centres ᐃᓕᐊᓇ 2009ᒥ ᑐᕆᓚᖅᑲᓂᒃ ᐱᑐᑦᓯᒪᓕᐅᔨᓴᖅᓄᒃ ᐱᐅᓯᑎᑦᓯᒪᓕᐊᓕᓯᓂᒃᓯᒪᓕᐅᒃ:

- ᑕᖅᑭᑕᒻᒥᑦ ᐊᓐᓂᐊᓯᐅᖅᑕᐅᔨᓴᐃᐅᖅᑕᑦᓯᑐᑦ ᑕᓕᐃᓴᖅᓯᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᑎᑦᓴᐅᓗᒃ;
- ᑐᓴᐅᒪᖅᑲᑕᐅᑎᑦᓯᐊᕐᓂᕐᓕᐅᔨᓴᑦ ᑕᖅᑎᒥ ᐱᓕᕆᔨᑦᑐᑦ ᓯᖅᑭᓂᒥᓗ ᐱᓕᕆᔨᑦᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᒍᑦᓴᐅᓕᐊᓂᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅᑲᓇᐅᔨᓯᒪᓂᖅᑭᑦᓯᐊᕐᓂᕐᓕᐅᔨᓴᑦ ᖃᐅᔨᓴ



ᑲᖏᑦᓱᐊᓗᑕᐸᔪᐊᒥ ᖃᐅᔨᐊᓱᖏᑲᑎᒋᓐᓂᖅ ᓭᓪᓕᔪᐊᓭᓕᒫᒥ ᐃᓄᑐᖅᑫᑦ ᐅᓪᓗᖅᓯᑎᑕᐅᑎᓪᓗᑎᒃ

ᓄᓇᓕᒥ ᐱᓇᓱᐊᕆᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᑎᓴᖅᑕᐸᓪᓕᐊᓂᖅ

ᐱᓇᓱᑕᑕᐅᔪᑦ ᓄᓇᓕᒥ ᐱᓇᓱᐊᒪᐅᔪᓂ ᐱᓇᓱᑕᑕᐅᔪᑎᑐᒍᑦ ᐱᓇᓱᑎᑦᑕᖅᑐᓂᑐᒍᓪᓗᑎᑦᓗ ᑭᖑᓂᖓᓕᒍᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑎᑦᓕᖓᔪᖅᑕᓕᖅᑎᑦ ᖃᐅᔨᖅᑕᐅᓂᖅᑕᑦᑎᓐᓂᖅᑕᖃᖅᑐᑦ ᑭᓇᐅᔨᓴᖅᑕᐅᔪᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓘᓐᓃᑦ ᐱᓇᓱᑕᑕᐅᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᒪᐅᔪᓐᓇ ᑭᓇᐅᔨᓴᖅᑎᑦᓕᖓᔪᖅᑕᐅᓂᖅᐸᑦ ᑭᓇᐅᔨᓴᖅᑎᑦᓕᖓᔪᖅᑐᑦ ᐃᑲᔪᖅᑎᑦᓕᖓᔪᖅᑕᐅᔪᓂᖓᓂᓐᓂᒃ ᓄᓇᓕᒥ ᐱᓇᓱᐊᒪᐅᔪᓐᓇ. ᓭᓕᓗ, ᑕᒪᐃᔨᓂᖅᓱᒐᓗ ᐱᓇᓱᐊᑦᑐᖅᑲᖅ ᐱᑎᐅᔪᑦᓕᖓᔪᖅᑕᐅᔪᑎᑐᒍᓪᓗᖓᓂᒃ ᓄᓇᓕᒥᓯᒪᓕᕆᓂᓪᓗ ᐱᓇᓱᐊᑦᑐᖅᑲᖅ ᐊᒻᒪᓗᓯᓂᖅᓱᒐᓗ ᐱᓇᓱᐊᑦᑐᖅᑲᖅ.

ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᔨᒪᔨᑦ

ᓄᓇᓕᒥ ᐱᓇᓱᐊᕆᑦ

ᓄᓇᓕᖅᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᒪᐅᔪᖅᑲᖅ ᑐᔨᓕᐅᖅᖅᑭᒪᔪᑦᑐᑦ ᑭᓇᐅᔪᑦᑐᑦᑕᐅᔪᑦᑎᐊᑕᐅᑦᑕᐅᑦᔨᑦᑐᑦ ᓄᓇᒪᓕᒥ ᓄᓇᓕᓯᒪᓕᕆᓂᓪᓗᒃ ᐱᒍᓐᓇᖅᑐᓕᖅᑐᓂ ᐅᖃᓕᒫᓂ 2008-2009ᒥ.

ጋዖሥᑦሥᔪᑎᑦ: ᓄᓇᒪᒥ ᐱᓇዖᖏᐃᐅᔨᓂ - ᑭᓇᐅᔭᖏᖅᑐᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᐃᑲᔪᖏᔪᐊᑭᑐᑎᑦᓴᑦ ᐱᓇዖᑦᑕᐅᓂᖅᓱᒪᑎᔪᑦ

ᓇᒻᕎᐊᓂᖅᓱᓂᕐᒧᑦ	ᓄᓇᒪᒥ	ᐱᓇዖᖏᐃᐅᔨᓂ	ᐃᑲᔪᖏᔪᐅᔭᐅᔪᑎᑦᓴᕐᒧᑦ
ᐊᖏᓂᑦ ᖃᓄᐃᑦᑐᒻᒪᓂᕐᒧᑦ	ᐃᓄᐃᔪᐊᒥ	ᓴᑐᖏᐃᑦ ᐊᖏᓂᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᑲᑐᔪᖏᑎᑎᒋᓂᖅᓱᒪᓕᒃ	$ 50,000
ᐱᔪᓐᓇᒪᓂᖅ ᐊᑐᐊᓕᕆᔨᒃ	ᑯᑎᒃᓴᑦ	ᑐᑭᓯᐊᓂᕐᒥᒃ ᐊᑐᐊᓕᕆᔨᒃ	$ 690,492
	ᓴᓇᓂᒃ	ᐃᓂᓯᔪᖏᑦ ᐊᑐᐊᓕᕆᔨᒃ	$ 532,092
	ᑯᑎᒃᓴᑦᓴᐃᓚᒥ	ᑐᑭᓯᐊᓂᕐᒥᒃ	$ 150,000
	ᐃᓄᐃᔪᐊᒥ	ᐊᔪᐃᓴᐃᒃ ᐊᖏᓂᑦ ᐃᑲᔪᖏᑎᑎᒋᓂᖅᓱᒪᓕᒃ [1]	$ 50,000
ᐊᓂᓚᔨᖏᔪᐊᓕᕆᓂᑕᐅᔪᓂᒃ ᐊᑐᓴᓂᔪᑎᑕᐅᓂᕐᒥᓂᖅᓱᓂ	ᑯᑎᒃᓴᑦ	ᐃᓕᓴᖏᔪᐃᒃ ᐃᓄᐃᒪᓗᓂᑦ ᒪᒥᔪᓴᐃᓕᖅᓱᒪᓕᒃ	$ 600,000
ᐃᓄᐃᑦᑲᓂᑕᐅᓂᖅᓱᓂᕐᒧᑦ	ᑯᑎᒃᓴᑦ	ᑐᑭᓯᐊᓂᕐᒥᒃ ᐊᖏᓂᑦ ᐊᓂᓕᖅᓱᒪᓕᒃ	$ 215,000
	ᔫᐃᓐᓂᑐᒻ	ᓴᓇᓕᒃ ᐃᓄᐃᒪᓗᓂᑦ ᐊᖏᓂᑦ	$ 88,933
	ᐃᓄᐃᑦᑐᒻᒪᓂᖅᓱᓂᕐᒧᑦ	ᐃᓄᐃᒪᓗᓂᑦ ᐊᖏᓂᑦ [1]	$ 50,000
ᐃᓕᓴᐃᓂᑦ ᐃᓄᓕᓂᓇᓂᕐᒧᑦ	ᑯᑎᒃᓴᑦ	ᑲᖏᓯᓕᒥᐅᑦ ᓄᓇᓕᖅᑎᑦᑕ ᐊᖏᓂᑦ	$ 200,000
	ᔫᐃᓐᓂᑐᒻ	ᑲᑦᓂᑎᓄᑦ ᓄᓇᓕᒥᐅᑦ ᐊᖏᓂᑦ [1]	$ 100,000
[1] ᑭᓇᐅᔭᑦ ᐱᒋᐊᖏᑎᓕᒃᑐᑦ		ᑲᑎᑦᓕᑎᓵ	$ 2,726,518

ᓄᓇᒪᒥ ᐱᓇዖᑦᐃᓕᑦ ᑭᓇᐅᔭᖏᖅᑐᑎᑕᐅᔪᓂᖅᓱᒪᑦ ᐱᓇዖᐊᖏᑦᑕᐅᓂᕆᔨᐊᖏᑎᓂᓕᒫᑦ, ᑕᒃᓵᑯᐊ ᐱᓇዖᖏᓱᑎᑎᒋᑕᐅᓂᖅᓯᒪᓕᕆᔨᑦ ᐱᓇዖᑦᑎᓄᓕᒫᑦ:

- ᐃᓕᒋᑦ ᐱᔪᓐᓇᒪᓂᖅᓱᓂᕐᒧᑦ ᐊᓪᓚᓗ ᐃᑦᓯᔨᓐᓂᔨᓂᖅᓱᓂᕐᒧᑦ (ᓯᕗᑦᓂᐅᔭᕆᐊᓂᑦ ᓇᔨᓂᖏᑕᐅᓇᐅᔪᑎᑦᓂᓕᒫᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᓕᒫᑦ ᐃᓄᓐᓂᑦᓂᓕᒫᑦ ᐃᓄᓐᓂᑦᓂᔨᓂᖅᓱᒪᓕᒃ ᐊᔪᑦᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᑲᑎᒪᔨᑦ ᐊᖏᑦᑐᑦᓯᐊᓂᖅᓱᒪᓕᒃ ᐊᖏᑦᑐᑦᓯᐊᓂᖅᓱᒪᓕᒃᓴᑦ):
  - ᐱᓇዖᖏᓱᑎᓱᓂᕐᒧᑦ ᒪᑦᑭᓐᓂᒃ ᐱᓇዖᑦᐃᓕᑦᓴᓂᒃ ᓴᓇᔭᐅᓂᑦᓴᑦ ᒪᑦᑭᓐᓂᒃ ᐊᑎᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᒋᓂᑦ ᐊᓇᑦᓴᓂᒃ ᐱᓕᑦ ᐊᓕᓂᑦ ᐊᓇᑦᓴᓂᒃᑐᓂᒃ ᐱᓇዖᑦᑎᓂᑦ ᐃᑲᔪᖏᔪᐊᑭᑐᑎᑦᓴᑦ ᐱᔪᓐᓇᒪᓂᖅᓱᒪᓕᒃ ᐊᔪᑦᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᐱᓇዖᑦᑕᐅᓂᖅᓱᒪᓕᒃ ᐊᖏᑦᑐᑦᓯᐊᓂᖅᓱᒪᓕᒃ ᐃᓄᐃᑦᑲᓂᑕᐅᓂᖅᓱᒪᓕᒃᓴᑦ ᑯᑎᒃᓴᑦᓴᐃᓚᒥᓂᒃ ᐊᖏᑦᑐᑦᓯᐊᓂᖅᓱᒪᓕᒃᓴᑦ)
  - ᐱᓇዖᖏᓱᑎᓱᓂᕐᒧᑦ ᓴᓇᓕᒃ ᐊᖏᓂᑦ ᐃᓄᐃᑦᑲᓂᑕᐅᓂᖅᓱᒪ

ᐱᓇᓱᑎᒋᑦᑐᓕᐊᓂᖅ

- ᐱᑦᓗᐊᒥᐊᓕᑦᓂᒃ ᐱᒥᐅᑦᓴᑎᑕᐅᓂᖅᓱᒍ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑐᓂᓚᓂᑦᒥᒃ ᐃᓄᓕᓚᓂᑦᒥᓗ ᐱᓇᓱᑎᑦᓴᓗ:
    - ᑲᑎᒪᑦᓯᓂᖅ ᑲᑎᐱᒃ ᐃᓕᑦᓂᐊᓂᓚᓂᑦᒥ ᐱᓇᓱᑎᓂᓂᒃ, ᑲᑎᐱᒃ ᓄᓇᓕᒋᑦ ᑲᒡᒪᖅᒋᑕᓗ ᐱᓇᓱᑎᓂᖅᓱᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᑕᑦᑕᐅᕐᕋ ᐱᓇᓱᑎᓂᖅᓱᓂᒃ ᐅᓂᒃᑲᓱᐅᕐᓴᕐᓯᑦᓱᑦᑕ ᓄᓇᐱᒻᒪᕆᒃ ᐃᓕᑎᐅᔪᖅᓯᓂᒃ ᐊᓕᓴᐱᒻᒪᕆᐅᑉ ᓄᓇᕗᑦᑐᐃᓐᓇᖅᓯᒪᓂᖅ, ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᔪᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓴᖅᓯᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦᑐᐃᓐᓇᖅᓯᒪᓂᖅ
    - ᐅᑦᑲᖃᓂᑎᒍᑎᓂᖃᖅᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᖃᓂᒋᔭᐅᔪᓐᓇᕐᓂᒃ
- ᐱᒥᐅᑦᓴᑎᑕᐅᓂᖅᓱᒍ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑐᓂᓚᓐᓂᑦ ᑐᑦᑕᐃᓕᑦᓴᖅᑎᑦᑕ:
    - ᓱᓇᓱᐊᖅᑎᑎᐅᒥᐊᖅᖃᓂᖅᑎᑦᑕ ᑐᑭᒋᑭᑕᐅᓂᖅᓱᒍ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑐᓂᓚᓐᓂᑦ ᑐᑦᑕᐃᓕᑦᓴᖅᑎᑦᑕ
    - ᓱᓇᓂᒃ ᐱᒥᐅᑦᓴᑎᑕᐅᓂᖅᖃᖅᖃᑦᑕᓴᑦᓚᖅᓱᒋᑦᑕ ᐱᓇᓱᑎᓂᒃ ᑐᑭᒋᑭᑕᐅᓂᖅᓱᒍ
    - ᐱᒥᐅᑦᓴᓂᑦᓴᐅᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓂᖅᓱᒍᑕ ᖃᐅᔨᓚᑎᑦᓱᒍᑕᐅᓂᖅᓱᒍ ᐊᑦᓂᓗᓗ ᐃᓄᓕᐅᑦ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑐᓂᓚᓂᖅᓱᒋᑦ ᐱᑦᑕᐃᓕᑦᓴᖅᑎᑦᑕ (ᑲᓇᑕᒥ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑐᓂᓚᕐᓗᒥᒃ) ᑭᓇᐅᔨᖃᖅᑎᑕᐅᑦᓱᐊᖅᑐᓂᒃ ᐱᒥᐅᑦᓴᑎᑦᓱᒍᑎᑦᓴᓂᒃ
- ᓄᓇᕗᑦᓯᓂ ᐱᒥᐅᑦᓴᑎᑕᐅᒍᑎᑦᓴᑦ ᐱᓕᕆᓂᐊᖅᑎᑕᐅᓂᖅᓱᒋᑦᑕ:
    - ᐅᓂᒃᑲᓱᐅᕐᓴᕐᓯᑦᓱᑦᑕ ᒪᔨᑐᑦᓯᑦ ᑲᑎᒪᔨᐅᑦᓴᑎᑦᑕᐅᓂᖅᓱᒋᑦᑕ ᐃᒪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ

ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᒥᐊᓂᑦ 2009-2010ᒥ

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓇᓱᓕᐅᔪᓂᑦ

- ᓄᐃᑕᐅᓂᔪᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᑦᓯᓂ ᑭᓚᒋᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᐱᐅᑦ ᓄᓇᕗᓐᓂ ᐱᓇᓱᓕᐅᔪᓂᑦ ᐱᒻᒪᑦ
- ᑮᖅᑐᑕᐅᓂᔪᖅᑐᑦ ᑲᒪᒋᔨᐅᒥᐊᓐᓂᐊᖅᖃᖅᑐᖅᑐᑦ ᓇᒡᒐᖅᓯᓐᓄᑦ ᑲᒪᒋᔨᐅᔪᓂᑦᓴᐅᓕᖅᑎᓗᒃ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑐᓂᓚᓂᖅᓱᒋᑦᑕ ᐱᓇᓱᓕᐅᔪᓂᑦᓴᓗ ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᖅᑐᓂᒃᓴᓗ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑐᓂᓚᓂᖅᓱᒋᑦᑕ ᐊᑎᓕᐅᑦᓴᐅᓕᖅᑎᓗᒃᓴᓗ ᓇᓕᑦᑕᐅᔪᓂᑦᓴᐅᓕᖅᑎᓗᒃᓴᓗ ᓇᓕᑦᑕᐅᔪᓂᑦᓴᐅᓕᖅᑎᓗᒃᓴᓗ
- ᑭᖑᓂᖅᓴᖅᑕᑦ ᓄᓇᕗᑦᓯᓂ ᐱᓇᓱᓕᐅᔪᓂᑦ ᐃᓄᓕᓴᐅᓕᖅᑎᓗᒃᓴᓗ ᐃᓄᓕᓴᐅᓕᖅᑎᓗᒃᓴᓗ ᐃᓄᓕᓴᐅᓕᖅᑎᓗᒃᓴᓗ
- ᐃᒃᓱᒪᓂᖅᓴᖅᑕᑦ ᖃᓄᐃᖅᑎᓱᐊᖅᑐᓂᓚᓂᖅᓱᒋᑦᑕ ᑭᓇᐅᔨᖃᖅᑎᑕᐅᑦᓱᐊᖅᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᓕᐅᔪᓂᑦᓴᓗ ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᖅᑐᓂᒃᓴᓗ ᓇᓕᑦᑕᐅᔪᓂᑦᓴᐅᓕᖅᑎᓗᒃᓴᓗ ᐃᓄᓕᓴᐅᓕᖅᑎᓗᒃᓴᓗ
- ᐃᓕᓴᕐᓴᖅᑎᑦᑕ ᓄᓇᕗᑦᓯᓂ ᐱᓇᓱᓕᐅᔪᓂᑦ ᐊᑦᓯᑭᓴᖅᑎᑦᑕᐅᓂᖅᓱᒋᑦᑕ

ᐱᓇᓱᑎᑦᓯᐊᓕᐊᓂᖅ

- ᐱᓕᓗᐻᒪᐊᓕᓐᓂᒃ ᐱᒋᐊᖅᓯᑎᑎᑕᐅᓂᖅ ᐃᓗᓱᓕᓚᓂᖅᒋᒃ ᐱᒍᓱᓂᖅᑐᑦ: ᐱᓴᓰᖅᑕᐅᓪᓗᖅᓴᖅ ᐊᖏᖅᓴᕆᑎᑎᑐᖅᓴᖅ ᐱᓇᓱᑦᓂᓗᒃ, ᓇᓗᓐᖅᑕᐅᓗᑎᓕᓐᓂᓗ ᑭᖑᓪᓚᒪᓇᖅᑐᑦ, ᐱᒋᐊᖅᓯᓂᓗ ᓱᓇᓕᓚᐅᒪᓕᖅᓴᖅ ᑐᑭᓯᖅᑕᐅᓗᓂ, ᐅᓂᐊᓕᖅᑐᓂᒃᑯᑦ ᐱᒋᐊᖅᓯᑎᑎᑕᐅᔪᓂᖅᓴᖅ
- ᐱᒋᐊᖅᓯᑎᑎᑕᐅᓂᖅᓴᓇᓕᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᖃᓄᐃᓕᖅᑐᖅᓴᖅᓯᓚᐅᔭᓕ ᑐᑦᑕᐃᓕᓴᖅᑐᑦ: ᐱᒋᐊᖅᓯᓂᓗ ᓱᓇᓕᓚᐅᒪᓕᖅᓴᖅ ᑐᑭᓯᖅᑕᐅᓗᓂ, ᕿᓴᐅᑕᐅᓂᖅᓴᓇᓕᖅᑐᑦ ᐱᒋᐊᖅᓯᑎᑎᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐱᒋᐊᕐᓯᓂᓗ ᐱᒋᐊᖅᓯᑎᑎᑕᐅᓗᓂ
- ᓄᓇᕗᑦᓂᒋᓂ ᐱᒋᐊᖅᓯᓱᓂᖅ ᓄᐃᑕᐅᓇᓴᖅᑐᑦᓂᖅ: ᑐᑭᓱᒪᖅᓴᕆᑕᐅᑎᓂᓴᒍᑦ ᖃᖏᖅᓴᖅᑎᑎᑦᓂᖅ ᓄᐃᑕᐅᓇᓴᖅᑐᑦᓂᖅ ᐋᓐᓂᕐᒧᑦ ᐱᒋᐊᖅᓯᑎᑎᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ (ᓄᓇᕗᑦᓂᒋᓂ ᐱᒋᐊᖅᓯᓂᖅ ᐱᓕᓗᐻᒪᐊᓕᓐᓂᒃ ᓄᐃᑕᐅᓇᓴᖅᑐᑦ)

ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᑎᒪᓚᖅᖏᓂᖅ, ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᑕᐅᔨᒪᓕᒍ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔨᑦᓴᖅ ᑎᒥᖅᔨᒍ ᖃᖅᓄᐃᓗᐻᒪᓱᐊᖅᓯᓂᓚᓂᖅᓯᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔨᑦᓴᖅ

ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᑎᒪᓚᖅᖏᓂᖅ

ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᑎᒪᓚᖅᖏᓂᐅᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᓴᒪᒍᑦ ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᑎᒪᓚᓐᓂᒃ ᐱᒋᐊᖅᓯᑎᑎᑦᓯᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᑐᖅ ᐱᓇᓱᑦᑎᓯᓱᐊᖅᓯᓂᓗ ᐃᓕᓴᑎᑦᓯᓂᖅᓱᓐᓂᖅᓴᓇᓱᐊᖅᓯᓂᓗ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᑎᒪᓚᓐᓂᒃ.

ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᔪᓕᔨᑦ

- ᑕᔪᐅᓴᖅᔨᐊᒥᐅᑦ ᐱᖓᓕᔪᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᑎᒪᓚᓐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦᑕᓕᐅᔨᔭᑦ, ᐊᑕᔨᒥᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᓂᐊᖅᓯᑐᓂᒃ ᐊᑕᖅᓱᒥᑐᓗᓂᒃ
- ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᑎᒪᓚᐅᒥᐅᖅᓴᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑭᔪᓂᓴ ᐊᐸᑎ ᖃᓄᖅ ᐱᖓᓕᔪᓂᖅᓴᖅᑐᓂᒃᑲᐊᖅ ᐊᐅᓚᒥ ᐱᓇᓱᑦᓯᑎᑦ ᐱᒋᐊᖅᓯᑎᑎᑦᓂᓕᔨᑦᓴᖅ
- ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᑎᒪᓚᐅᒥᐅᖅᓴᖅᑐᑦ ᑕᖅᖅᑭᓂ ᐊᐸᑎᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᓚᒥ ᐱᒋᐊᖅᓯᑎᑎᑦᓂᐊᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓇᓕᖅᑐᑦ
- ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓇᓱᑦᑐᑦ ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᑎᒪᓚᓐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑦᑎᐅᓂᐊᖅᓯᑐᓂᒃᑲᐊᖅ ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᔨᔭᑦᓴᖅ ᐃᓕᓴᕐᓯᑎᑦᓯᓂᖅᓱᓐᓂᖅᓴᓇᓱᐊᖅᓯᓂᓗ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᑐᖅ ᐱᓇᓱᑦᓯᑎᑦ ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᑎᒪᓚᓐᓂᒃ ᑕᒪᓐᓂ ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᓚᒥ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔨᑦᓴᖅ ᐱᒋᐊᖅᓯᑎᑎᑦᓂᓕᔨᑦᓴᖅ ᐊᑕᖅᓱᒥᑐᓗᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔨᑦᓴᖅ ᐱᒋᐊᖅᓯᑎᑎᑦᓂᓕᔨᑦᓴᖅ ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᖅᑎᒪᓚᓐᓂᒃ

ᐱᓇᓱᐊᖏᑕᐅᒋᐊᓕᓵᓪ 2009-2010ᒥ

- ᖃᐅᔨᒋᐊᕈᑎᖃᖏᓂᖅ ᓄᐃᑦᓱᓂᑦᓄ ᐃᓂᒪᓕᖅᐳᓴᖅᑕ ᐸᖏᓐᓂᐊᖏᐅᓂᖏᓕᖅᓂᖅ ᐊᐪᓂᐊᓱᐅᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ ᐱᒋᐊᕐᓇᑦ ᐃᑲᔪᖏᖃᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᒪᒃᑕ ᓱᓕᒋᓐ ᐱᓕᒪᓱᒋᑦ
- ᐃᓂᒪᓗᒋᐊᓱᐊᖏᑕᐅᓂᖅ ᓄᓇᓕᒪᓂᓂ ᑲᑎᒪᔨᓴᓂ ᖃᓄᖅᑕᐅᔭᕐᑎᑐᓄᓪᓚᑦ ᐃᓕᓴᕐᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐊᐪᓂᐊᓱᐅᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ ᐊᑐᓕᕐᓂᐊᓱᐊᓂᐊᓕᒫᑦ
- ᓄᓇᓕᒪᓂᒃᓂᖅ ᑭᓱᒪᓕᕐᓂᓕᓂᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓂᖅ ᑲᑎᒪᒋᐊᖅᑐᓂᖅᓯᒪᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᐊᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ ᐊᐪᓂᐊᓱᐅᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ ᐱᓪᓚᑦ ᓄᓇᓕᒪᓂᒃᓂᖅ

ᐊᐪᓂᐊᓱᐅᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ ᐱᓇᓱᑕᐅᔨᓴᓂᑦ

ᓄᓇᕕᒃᒥ ᓄᓇᓕᒪᓂᒃᓂᖅ ᐃᓗᓱᓕᓚᓂᓪᓕᖅ ᐱᐃᓕᔨᓂᓪᓄ ᑲᑎᒪᔨᑦ ᖃᐅᔨᒋᐊᕈᑎᖃᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᖅ ᐊᖏᓪᓗᐊᓂᒋᑦᓄᓪᓚᑦ ᐃᓗᓱᓕᓚᓂᓪᓄ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᓂᐊᓱᐊᓂᐊᓕᒫᑦ, ᑲᔨᓱᑎᑕᐅᓱᐊᓱᐊᓂᐊᓕᒫᓗᓪ. ᐃᓄᓕᒪᑦ, ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᑦᑐᐃᓗᓪ ᐊᖏᓂᐊᓱᐅᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ ᑕᒪᑐᓕᖅᖃᑦ.

ᐱᓇᓱᐊᖏᑕᐅᓱᒪᓕᕐᑕᑦ

- ᐊᖏᓂᐊᓱᐊᖅ ᐱᓇᓱᑕᑎᖅᑕᑦ ᖃᐅᔨᑎᑕᐅᓱᒪᓕᕐᑕᑦ ᐊᖏᓂᐊᓱᐅᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ ᐱᓇᓱᑕᐅᔨᕐᓂᐊᓱᐊᓂᐊᓕᒫᑦ

ᐱᓇᓱᐊᖏᑕᐅᓱᒪᓕᕐᑕᑦ 2009-2010ᒥ

- ᖃᐅᔨᒋᐊᕈᑎᖃᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᖅ ᐊᖏᓂᐊᓱᐅᖏᓂᑎᒪᓐᓂᖅ ᐱᓇᓱᑕᑎᓂᓪᓕ ᐃᓂᒪᓕᖅᐳᓴᖅᑐᒃᓱ ᐊᖏᓂᐊᓱᐅᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ ᐱᓪᓚᑦ, ᐱᓪᓚᑐᓱᐊᕐᓇᓂᓪᓕ ᐱᐃᓕᔨᓂᓪᓕ, ᐃᓄᓕᒪᓂᓂᓪᓕ ᐱᐃᓕᔨᓂᓪᓄᓄᓪᓕ ᐱᓇᓱᑕᐅᔨᕐᓂᐊᓱᐊᓂᐊᓕᒫᑦ.
- ᖃᐅᔨᒋᐊᕈᑎᖃᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᖅ ᓇᐅᓕᒪᓂᖅ ᐃᓂᒪᓕᖅᐳᓴᕐᑕᐅᔨᓴᕐᓇᖅᑐᓂᖅ ᐊᖏᓂᐊᓱᐅᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ, ᐱᓪᓚᑐᓱᐊᕐᓇᓂᓪᓕ ᐱᐃᓕᔨᓂᓪᓕ, ᐃᓄᓕᒪᓂᓂᓪᓕ ᐱᐃᓕᔨᓂᓪᓄᓄᓪᓕ ᐱᓇᓱᑕᐅᔨᕐᓂᐊᓱᐊᓂᐊᓕᒫᑦ.
- ᐃᓂᒪᓕᕐᓂᐊᓱᐊᕐᓇᑦ ᐸᖏᓐᓂᐊᓱᐅᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ ᑕᖏᐊᔪᑦ ᐱᐃᓕᔨᓂᓪᓕ ᓇᓪᓕᖅᐳᓂᓂᓪᓕᖅᓯᒪᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᓄᓪᓕ, ᐊᖏᓪᓚᕐᓂᖅᓯᒪᓕᓄᓪᓕ ᐱᓇᓱᑕᐅᔨᕐᓂᐊᓱᐊᓂᐊᓕᒫᑦ ᑲᔪᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ ᐊᖏᓂᐊᓱᐅᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ ᓇᓕᒪᓂᓂᓪᓕ

ᑎᒥᒃᓯᑦ ᖃᓄᐃᓐᓇᕐᓂᐊᓱᐊᓂᐊᓕᒫᑦ

ᑎᒥᒃᓯᑦ ᐃᓗᓱᓕᓚᓐᓇᕐᓂᐊᓱᐊᓂᐊᓕᒫᓕᕐᓂᓕᓂᑦ ᐊᖏᓂᐊᓱᐅᖏᓂᓕᓂᑦ, ᖃᐅᔨᓴᓇᓐᓇᖅᑐᓂᓪᓕᖅᓯᒪᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᐅᒋᐊᓕᒫᑦ ᓇᓕᒪᓂᓂᓪᓕ, ᓇᐅᔭᐃᓐᓇᓂᓪᓄᓄᓪᓕ ᖃᓄᖅᑕᐅᓱᒪᓕᕐᑕᑦ ᐅᕙᓪᓕᐊᓱᐊᓂᐊᓕᒫᑦ ᖃᓄᐃᓐᓇᕐᓂᐊᓱᐊᓂᐊᓕᒫᑦ ᐅᕙᓪᓕᐊᓱᐊᓂᐊᓕᒫᑦ ᑲᑎᒪᔨᐅᒋᐊᓕᒫᑦ ᐊᖏᓂᐊᓱᐅᖏᓂᓕᓂᑦᓄᓪᓚᑦ.

ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓱᒪᓕᕆᓂ

- ᐃᓕᖅᑲᓪᓚᕆᓂᖅᓴᓂᐅᒻᒥᐅ ᐃᓂᓪᓚᑎᓇᖅᑕᐅᓱᒪᓕᕆᔨᒧᑦ
- ᐱᓇᓱᖅᑎᖅᓴᓱᒪᓕᕆᔨᒧᑦ ᑭᒃᓯᑐᖅᑎᐅᓂᔪᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᐱᓗᐊᖅᓂᐅ ᐱᐅᓱᒥᐊᖅᑕᐅᓴᔨᓱᓪᓗᑕ ᑕᑯᔨᐅᒥᐊᖅᓴᖅᑐᖅᓴᖅᑐᓪᓚᒃ ᐱᔪᓯᓂᐅᔨᓂᒃ ᑕᖅᑎᒥᐅᒻᒥᐅ ᖃᓄᖅ ᓴᖅᓂᓗᓐᓂᑐᖅᓴᖅᑐᓪᓚᑦᑐᓗᒻᒪᑦ
- ᓄᓇᓕᓕᒫᓄᓐᓂᖅᓴᓂᒃ ᒪᓕᒃᓕᐅᓱᓪᓚᕆᓂᒪᒻᒪᑦ ᐱᐅᓱᒥᐊᖅᓂᑎᓱᔪᓂᖅᓴᓂᒃ ᐊᐅᓕᑕᐅᓂᖅᓴᖅᑐᑕ ᐃᒪᓴᖅᐅᑎᓂᖅᓴᖅᑐᖅᑕᐅᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᐊᓯᓕᓂᔨᓄᖅᓴᓱᒪᓕᕆᔨᒧᑦ ᐱᓯᓕᓂᔨᓄᖅᓴᖅᑐᓪᓚᑦᑐᓗᒻᒪᑦ ᐃᓕᐅᔪᑎᓄᖅᓴᓱᒪᓕᕆᓂᒃ ᐊᔪᕐᓇᓱᓂᖅᓴᖅᑐᑦ ᐃᓕᐅᔪᑎᓄᖅᓴᖅᑐᓪᓚ

ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓱᒪᔪᖅ

- ᑭᓇᐅᔭᕐᑐᑭᓐᓇᕐᑎᑕᐅᓱᒪᔪᖅ ᐋᓐᓂᐊᕐᓴᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᐱᖅᑐᑦ ᓴᓕᒥᔭᐅᓂᖅᑭᑦ ᐅᐱᖅᑐᑦ ᒪᒥᓴᓇᐊᕐᑐᑎᑕᐅᔨᔪᑎᓂᓴᖅᓐᓂᖅ ᓄᓇᕗᐅᑦ ᓱᓕᑕᓄᑦ
- ᐅᕐᖄᐅᓱᐅᑦ ᐁᑦᐱᐅᑎᖅᓴᓕᓂᑎᑕᐅᓱᒪᔪᖅᑦ ᕐᖄᐅᔭᓴᐅᑎᓂᓴᓂᑦ “DEP-Ado” ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᑎᑕᐅᓂᖅᓴᕐᖄᓱᒪᑦᓱᑎᓐᓂᔪ ᐃᓄᓕᓂᓇᔭᓕᒫᑦ ᐃᓕᓴᕐᓴᐱᒥᔪ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᒫᑦ ᕐᖄᐅᔭᓴᐅᑎᓂᓴᓂᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᓱᒫᓐᓇᓕᒫᑦ ᓴᓇᓕᒫᖅᑐᑦ ᐅᓇᓱᓕᒫᖅᑐᑦ ᐅᐃᓇᒪᓂᐅᔪᕐᓗᒍᑐᑦ
- ᑯᐯᓕᒥ ᐃᔪᓕᓇᓂᕐᒥᑦ ᐱᒍᑦᓕᓂᕐᓂᔪ ᐋᔪᑦᑐᓂᕐᓂᔪ ᑐᑦᖃᖅᑕᕐᓂᔪ ᑭᓱᒪᒍᖅᑕᐅᓱᒪᔪᖅᑦ ᐱᒥᐅᕐᓴᓂᑎᑕᐅᓱᒪᔪᖅᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᒫᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᔪ ᐃᓕᓴᕐᓴᐱᒥᔪ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᒫᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᓱᒫᓐᓇᓕᒫᑦ ᐃᓕᓴᕐᓴᐱᒥᔪ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᒫᑦ ᐊᑐᕐᑕᐅᓱᒫᓐᓇᓕᒫᑦ ᐃᓕᓴᕐᓴᐱᒥᔪ ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᒫᑦ ᓴᓇᓕᒫᖅᑐ

- ᐸᖅᓂᑭᑕᐅᔨᐃᓂᖅ ᓂᐃᐊᕐᓯᐊᕐ ᐱᔪᖅᓴᐅᐃᕐᖃᖅᓂᖅᖃᓄᑦ ᒪᖅᑭᓂᖅ ᐊᓇᖅᖁᐱᓐᓂᖅ ᐱᔪᖅᓴᐅᐃᕐᖃᖅᑲᖅᓯᒪᓕᕐᓂᑎᓗᑎᑦ
- ᐸᖅᓂᑭᑕᐅᔨᐃᓂᖅ ᐱᔪᖅᓴᐅᐃᕐᖃᖅᓂᖅᖃᓄᑦ ᐅᑭᐅᓪᓚ ᐃᓐᒪᓗᔨᖅᓴᑐᓂᖅ ᖃᓄᐃᓕᓂᓗ ᒪᖅᑭᓗᓐᓂᖅ ᐅᑭᐅᓪᓚ ᐅᑭᐅᓪᓚ ᑎᑭᓯᓯᑎᑦ

ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓪᓚᔨᑦ

- ᓴᓕᒥᐅᒃ ᐅᑯᐃᑕᐅᑎᐊᓪᓚᓪᓕᓪᔪᖅᓄᑦ ᓯᑭᓯᓪᓗ ᐅᑎᖅᑎᑕᐅᓪᓚᓪᓕᓪᔪᖅᓄᑦ ᐁᓗᓕᒥ ᐸᖅᓂᑭᑕᐅᑦᓯᑎᒃ
- ᓄᑦᒥᒃ ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᐃᖅᑲᒋᑎᑎᑕᐅᓪᓚᓪᓕᓪᔪᖅᓄᑦ ᓂᐃᐊᕐᓯᐊᕐ ᐱᔪᖅᓴᐅᑎᐊᓪᓚᓗ ᐅᑭᐅᓪᓚ ᐱᖓᓱᓪᓚᓪᔪᖅᓄᑦ ᖃᓄᐃᓕᓂᓗ ᒪᖅᑭᓗᓐᓂᖅ ᐅᑭᐅᓪᓚ ᐅᑭᐅᓪᓚ ᑎᑭᓯᓯᑎᑦ
- ᓄᑦᒥᐅᓕᑎᐊᖅᑕᐅᓪᓚᓪᓕᓪᔪᖅᓄᑦ ᑯᓪᓚᔨᐊᑦᑎᓪᓚᓪᔪᖅᓄᑦ ᐊᓇᖅᖁᐱᓐ 2009ᒥ ᐊᐅᓵᐅᓕᖅᑐᓪ
- ᐱᔪᖅᓴᐅᑎᐊᓪᓚᓕᐊᖅᓯᓪ ᐱᔪᖅᓴᓂᒃ ᐊᑕᐅᖅᓯᑯᓕᑎᑕᐅᔨᓕᓴᐃᖅᑕᖏᖅᑕ ᐋᖅᖢᓂᖅᖁᐱᓐᓂᖅᓄᑦ

ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓕᓴᓓᑎᔪᖅᑕ ᐃᓄᓂᖅᑯᑦ ᐃᓂᓪᓚᖅᑯᓗ ᐃᑲᒪᖅᑕᐅᓂᖅᑐᓂᖅᑕᖏᖅᑕ

ᑐᖅᑲᑕᖅᓚᐅᑦ ᐅᖅᑲᐅᓂᖅᓂᓪᓚᒪᑦᑕ, ᐋᓐᓂᐊᐃᓕᓕᒫᑦ ᐱᒋᐅᖅᓱᓂᒪᔨᓂᖅ ᐱᓇᓂᑎᖅᑲᓕᖅᑲᖅᑕᒪᑦᑕ ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓕᓴᓓᑎᔪᖅᓱᓂᓗᐊᖅᓄᑦ ᓂᓕᖅᔨᐊᓕᓕᒫᓂᒪᓗ ᖃᓄᖅᑲᖅᓯᒪᓕᕐᓂᑎᓗᑎᑦ ᑲᒪᒋᐊᓂᖅᓄᑦ.

ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓂᒪᔨᑦ

- ᔨᓐ 2008ᒥ ᐱᒋᐅᖅᓱᑎᓂᓂᔪᓱᖅᓱᓂᖅ (ᓂᑕᒪᑦ) ᐱᒋᐅᖅᓱᑎᑕᐅᓂᖅᑲᖅᑐᖅᓯᒪᓂᖅ
- ᐃᓕᐊᓗ 2009ᒥ ᐱᒋᐅᖅᓱᑎᑕᐅᓂᒪᔨᓕᑦ ᐊᐅᓚᓂᓂᔪᓱᐅᓂᖅᓱᒥᒃ ᐱᓇᓂᑦᑎᓂᑦ

ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓴᓂᒪᔨᑦ

- ᓄᑦᒥᐅᓂᖅᓯᑕᐅᐊᓴᖅᑐᓂᑦ ᐃᓂᓪᓚᖅᑯᑦ ᐃᓄᓂᖅᑯᓗ ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᐊᓂᓪᓚᓂᒃ ᐱᔪᖅᓴᔪᑎᑦᓱᓂᖅᑐᓂᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᓕᖅᑐᓂᒥᒃ ᓄᑦᓯᓇᖅᑐᓂᒃᑯᓂᓪᓚᓂᖅ ᐸᖅᓂᑭᑕᐅᓂᒪᔨᓂᖅᑲᖅᑐᖅᓯᒪᓂᖅ ᐅᑭᐅᓪᓚ ᐅᑭᐅᓪᓚ ᑐᖅᑲᑕᖅᓚᐅᑦ
- ᐃᓂᓪᓚᖅᑯᑦ ᐃᓄᓂᖅᑯᓗ ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᐊᓂᓪᓚᓂᒃ ᐃᑲᔪᖅᑕᐅᑎᑦᓱᓂᖅ ᐱᔪᖅᓴᐅᑎᐊᓪᓚᓂᖅᑲᖅᑐᖅᓯᒪᓂᖅ ᐅᑭᐅᓪᓚ ᐅᑭᐅᓪᓚ ᑐᖅᑲᑕᖅᓚᐅᑦ ᒐᒥᓪᓚ ᓴᐃᓂᓗᒃᑐᓪᓚ ᐱᔪᖅᓴᐅᑎᐊᓪᓚᓂᖅ ᐊᓇᖅᖁᐱᓐᓂᖅᓄᑦ

ᐱᐅᔪᓕᖅᑕᐅᓴᔨᔪᔨᑎᓂᑦ ᐱᓇᓯᓂᓗᒍᑦ ᓚᓪᓚᖅᑭᓂᓗᒃ ᐱᓇᓯᓂᑎᑦ ᓇᓗᖅᓴᔪᑕᓚᓪᓚᑦ IV

ᑐᖏᓚᖅᖁᓯᓪᓚ ᖃᓚᔪᐅᓂᖅᓴᖅᑎᓯᓂᓯᓚᓂᖅᑐᖅ ᐱᔪᖅᓴᐅᓂᖅᓴᖅᑎᑎᓯᓂᓯᓚᓗ ᐃᓄᓐᓂᖅ ᓚᓂᓗᑎᑦ ᑐᖅᑲᑕᖅᓚᐅᑦ ᑐᑭᒧᐊᔨᑎᑦᓱᓂᓚᓪᓚᓂᖅᑲᖅᑐᖅᓯᒪᓂᖅ ᓂᐃᐊᕐᓯᐊᕐ ᐱᔪᖅᓴᐅᑎᐊᓪᓚᓂᖅᑲᖅᑐᖅᓯᒪᓂᖅ ᐅᑭᐅᓪᓚ ᐅᑭᐅᓪᓚ ᑐᖅᑲᑕᖅᓚᐅᑦ

ᐱᓇᓱᖅᑎᑎᑦᓭᑎᑦ ᓭᑕᒪᐅᔨᑦᑐᓂᒃ ᖁᑭᓄᔪᑎᓕᐅᑭᓇᓭᓇᐅᔪᑦ ᐱᐟᓂᓗᑕᐅᓗᐊᖅᖁᐊᓱᓂᒃ ᓄᓇᕐᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᑕᓴᓱᐊᖅᓂᖅ ᐱᐟᓗᔪ ᐃᓕᒣᐟᓇᑦᑎᓭᓱᐊᖅᓂᓗ.

ᑭᖑᑐᖅᓱᑎᒃ ᑲᑎᒪᓕᐊᐱᐟᓄᑦ ᒪᓂᐅᐅᓂᐊᓕᖅᑎᒪᑕ ᖁᑎᖅᑭᑐᑦᓴᓕᐊᔪᓭᓇᓄᑦ ᖁᑭᓄᔪᑎᓂᒃ ᐃᒪᖓᓕᔪᑦᓴᓕᐊᔪᒪᖅᑎᑐᓂᓗ ᑭᐅᔭᓄᖅᑐᑦ ᖁᑲᐃᓕᖅᓴᓕᖅᓯᒪᓂᖅ ᖁᑲᐅᓕᐊᖅᑐᓕᖅᓴᓕᖅᓯᒪᓂᖅᓴᒃ.

ᓇᐅᓕᓂᓄᑦ ᐃᓗᓯᓕᓇᓂᖅ

ᐅᖃᐅᓯᑦᓴᖅᑎᑦ ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓂᓯᐅᑦ



2008-2009 ᐊᖅᖏᒍᖓᓂ ᓄᓕᐊᖅᓂᔪᑦ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓯᓂᓄᑦ ᐊᒪᓚᓗ ᐊᐅᓄᔪᑦ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓯᓂᓄᑦ ᐃᒪᓚᓇᖅᑐᓂᓄᑦ ᐋᓐᓂᖅᓯᓕᖅᓯᒪᔪᑦ ᐅᓄᖅᓯᓕᕆᓂᓄᑦ, ᐱᓗᐊᖅᑐᒥᓄᑦ gonococcal ᔪᓂᖅᓯᓕᕆᓄᑦ ᐃᒪᓚᓯᓚᔭᑎᓄᓪᓕᑦ. ᑕᓚᓄᔪᐊ ᐃᒪᓚᓇᖅᑐᑦ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᑦᑌᓕᓂᑎᑕᐅᓚᓯᖅᓴᓕᖅᑎᓗᓕᑦ, ᖃᓄᐅᖅᓯᓂᖅᑕᖅᖃᔪᑦ ᓄᓇᓕᑦ ᐊᒥᓱᓕᐊᓐᓗᑦ ᓱᖅᖏᓕᐅᓱᓚᖅᑕᑎᓐᓗᒥᑦ.

ᓱᓕᓗ, ᓂᖏᑦᓱᐊᑐᒪᓕᕆᐊᖅᖃᖅᓂᖅ ᐱᑦᓗᒍ ᐱᓚᓱᐊᒪᓚᓇᓐᓂᔭᐅᖃᖅᑕᑦᓴᓕᓕᐅᓇᖅᑐᒍᒪᑦ ᐱᐅᓱᕆᐊᖅᑎᑎᓱᒍᒪᓕᓱᕆᑦ ᓄᓇᓕᓕᓂᓐᓂ ᓂᐅᐃᖅᑐᓂᓱᓚᓱᓂᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᓕᐅᖅᑎᓕᔪᒍᑦ ᐅᖅᓱᕆᓕᐅᖅᑐᓂᓄᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᑦᓴᖅᑐᓂᓄᑦ. ᑭᓱᐊᓂᓕ, ᓇᓗᓇᖅᖅᓯᓕᖅ ᓂᖏᑦᓱᐊᑐᒪᓕᕆᐊᖅᖃᖅᓂᖅᖅᓯᒪᔪᑦ ᑲᑎᑦᓴᓗᐅᑦᑐᖅᖃᖅᖅᓯᒪᔪᑦ ᐊᑖᓐᓇᔪᓕᐅᖅᑐᓂᓄᑦ.

ᐱᓇᓱᑦᑎᓕᓂᓯᖅ

ᓱᑭᐊᔪᓚᐊᖅ, ᓇᐅᓕᓂᓄᑦ ᐃᓗᓱᓕᓂᓯᓴᑦ ᐱᓇᓱᐢᐃᒥ ᐱᓇᓱᒪᑦᓴᓕᓂᓄᑦ ᐃᐢᓄᐃᔪᐢᓇᖅᑕᑦᓭᐅᖅᖅᓱᓕᔪᑦ 2008-2009ᔪᑎᑦᓚᔪ. ᐊᖅᖏᔪ ᐃᓱᓕᑎᑦᓚᔪ, ᐅᐃᐊ ᐱᓇᓱᒪᑦᓴᑦ ᐃᐢᓄᐃᔪᓴᖅᑕᓱᓕᑦ: ᖃᓄᓄᐢᖅᓱᓱᐊᓂᐊᖅᖃᓂᓄᑦᓯᓕᓕᓄᑦ ᖃᓄᐅᓕᒪᓕᐅᑎᑦᓴᓕᖅᑎᓗᒥᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎ ᐊᒪᓚᓗ ᓄᓇᓕᓕᓂᓯᓂ ᐱᓇᓱᐢᐃᒥ ᖃᓄᓄᐢᖅᓱᓱᐊᓂᐊᖅᖃᓂᓄᑦᓯᓕᓕᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑐᓴᖅᑎᓗᒥᑦ ᐋᓐᓂᖅᓯᓕᖅᑐᓂᓄᑦᓴᓕᖅᑎᓗᒥᑦ. ᓱᓕᓗ, ᑕᐢᓴᓂ ᐊᖅᖏᔪᒥ, ᓴᖅᑭᑎᐊᒪᑦᓱᒃ ᐱᓇᓱᒪᑦᓴᖅᑐᑦ ᐃᐢᓄᐃᔪᓴᖅᑕᓱᓕᑦ: ᐃᓂᓐᓇ ᐊᑕᐅᑦᓱᓴᖅᑎᓂᓴᖅᑕᑦ ᖃᓄᓄᐢᖅᓱᓱᐊᓂᐊᖅᖃᓂᓄᑦᓯᓕᓕᓄᑦ ᐃᓕᓴᕆᓯᖅᑐᓂᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓚᓯᖅᓴᓕᖅᑎᓗᒥᑦ (ᐊᖅᖏᔪ ᐃᓗᓱᓕᓂᓯᓂᓄᑦ ᐱᓇᓱᐢᐃᒥ ᐱᓇᓱᒪᑦᓴᖅᑐᑦ) ᐁᑦᑕᐢᓴᓗᐃᓗ ᐃᓂᐢᓴᓗ ᐊᑕᑎᐅᑦ ᖃᓄᓄᐢᖅᓱᓱᐊᓂᐊᖅᖃᓂᓄᑦᓯᓕᓕᓄᑦ ᐱᑦᓗᒍᒪᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᓴᑦ.

ᑕᑦᐱᓇ ᑭᖑᓪᓕᓕᖅᓴᖅ ᐃᓂᐅᓴᖅᖅ ᓕᔭᐅᑎᓐᓇᔪ, ᐊᖅᖏᔪᓂ ᐱᐢᓴᓂᓱᑦ ᐃᓄᑦ ᐃᓐᓇᑦ ᐃᓐᓇᑦᓯᓕᐅᓯᓚᐅᓂᓱᐊᓕᑦ 2009-2010 ᐱᒪᐊᖅᓂᐢᓂᓕᓂ. ᐃᓱᓕᔪᓐᓇᕈᑎᓂᖅᖃᖅᓴᖅᑐᑦ ᐃᓂᐢᓴᓗ ᐊᑕᑎᐅᑦ ᖃᓄᓄᐢᖅᓱᓱᐊᓂᐊᖅᖃᓂᓄᑦᓯᓕᓕᓄᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᓂᓴᑦ: ᒎᓐᓇ ᐃᓂᐅᓴᖅᖅ, ᑭᓇᐅᔭᖅᓂᖅᑎᑎᐅᓴᖅᖅ ᓇᓗᓇᕐᓕᒪᓕᐅᑎᓕᓂᓯᓂ ᐃᓐᓇᑦᓯᓕᐅᓯᓚᐅᓂᓱᐊᓕᑦ ᑲᓇᑕᒥ, ᐸᓴᓕᖅᓂᖅᑎᑎᐅᓴᖅᖅ ᑲᑎᒪᓂ (ᐁᐅᓐᓂᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓂᑦ ᑲᑎᒪᑐᖅᓂᑦᓴᓗ), ᑕᖅᑭᓂ ᐊᒥᓱᓂ ᐸᖅᓯᓂᖅᓂᕆᐊᖅᑎᑎᐅᓴᖅᖅᓯᒪᓕᖅᑐᓂᓄᑦ ᐊᖅᖏᖅᑕᐅᓴᓕᓕᐅᓇᖅᑐᒍᒪᑦᓴᓕᖅᑎᓗᒥᑦ ᖃᓄᖅ ᐱᓚᒥᑦ. ᑕᒪᓐᓇ ᐊᖅᖏᖅᑭᒪᓂᖅᓯᐅᓇᖅᑐᒍᒪᑦᓴᖅᑐᑦ, ᓄᓇᓕᓕᓂᓯᓂᓄᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓯᒪᔪᑦ ᓱᓕᓂᓕᐅᖅᑐᓂᓄᑦᓴᓕᖅᑎᓗᒥᑦ.

ᓇᐅᓪᓚᑦ ᓴᓗᒥᐅᐅᔪᑎᖅᑎᑦ ᖃᓄᐃᖅᖁᓕᕆᓇᖅᖃᖅᓂᒥᔪᑦ

ᒪᔪᐊ ᐱᓇᓕᐊᖅᑕᐅᖃᑕᐅᓕᒪᔾᔪᑦ.

ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓕᑦ ᐊᐟᓂᐊᑦ

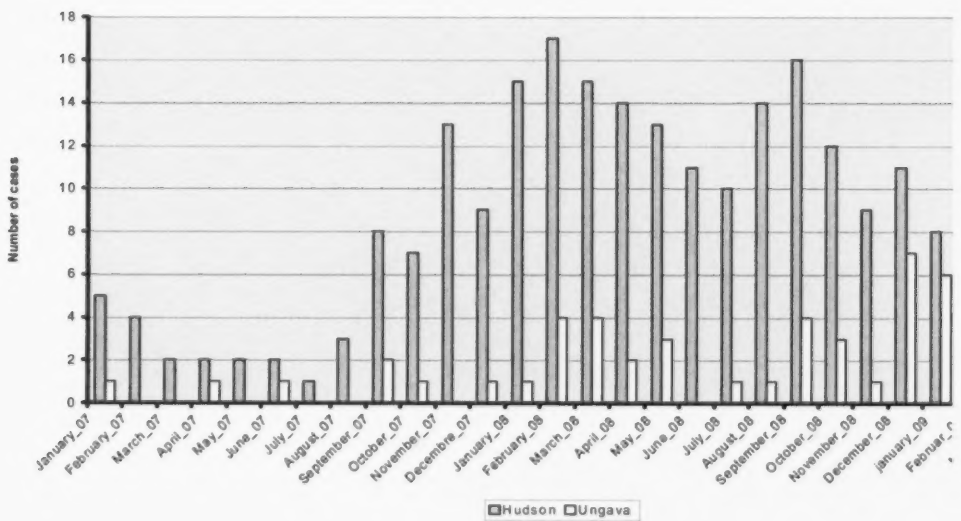
ᓄᓪᓕᐊᖅᓂᔪᑦ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓕᔪᖅᖁᓕᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᖏᔪᑦ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓕᔪᖅᖁᓕᑐᑦ ᐃᒻᒪᓇᖅᑐᑦ ᐊᐟᓂᐊᑦ ᑐᓴᖅᑎᑎᓕᕆᐊᖅᖃᖅᓂᑦ

ᐊᖅᖃᔪᓪᓚᐅᖅᑐᒥ (2008), ᓇᐅᓪᓚᑦ ᐃᓄᓕᓕᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓕᖅᓴᐃᒥ ᐱᓇᓕᑦᑎᑦ ᑐᓴᖅᑎᑎᑕᐅᓕᕆᐊᖅᖃᖅᓂᑦ ᐱᓇᓕᐊᖅᓕᒻᓗ ᑐᓴᖅᑎᓕᑕᐅᓕᕆᐊᖅᖃᖅᓂᖅ ᐊᐟᓂᐊᑦᑕᓪᓚᕆᐅᓕᖅ *(MADO)* ᓄᓪᓕᐊᖅᓂᔪᑦ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᖏᔪᑦ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓕᔪᑦ ᐃᒻᒪᓇᖅᑐᑦ ᓯᕆᐅᔪᖅᖁᓕᑐᑦ (ᐅᑦᑐᑐᑎᑎᑦᑎᓕᔪᑦᑕ, ᖃᐅᓯᓗ ᓕᑕᒻᓗᐃᑦ ᑐᓴᖅᑎᓕᔪᑎᐃᓕᐅᕆᐊᖅᓂᑦ ᐊᖅᖃᔪᓪᓚᐅᖅᑐᑦ ᑭᖑᓪᓕᕆᐊᖅᑐᑦ ᑭᖑᓂᓕᖅᓱᓂ). ᖃᐅᓯᓗ ᒪᖏᓗᐃᑦ ᐱᓕᕆᓗᑐᑦ ᑐᓴᖅᑎᓕᔪᑎᐃᓕᐅᕆᐊᖅᑎᒻᓗᓕᑦ 2007ᒥ, ᐅᓄᖅᓕᐊᓕᖅᓂᒥᓕᔪᑎᖅ 2008ᒥ, 21 ᑐᓴᖅᑎᓕᔪᑕᐅᓂᒪᑕ ᐱᓕᕆᓗᑐᑦ. ᓄᓇᓕᓐᓂ ᖃᓄᐃᓕᐊᐅᔪᓂ ᐊᓇᓕᑦᑎᑦ ᐱᒋᐅᖅᓴᖅᑎᑕᐅᓂᖃᖅᖁᓕᑐᑦ ᐃᑲᔪᖅᓕᕆᐊᖅᑕᐅᓕᕆᐊᖅᑎᒻᓗ.

ᓄᓪᓕᐊᖅᓂᔪᑦ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓕᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᖏᔪᑦ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓕᔪᑦ ᐃᒻᒪᓇᖅᑐᑦ

ᑕᖅᑭᑦ ᖃᐅᓯᓗ ᒪᖏᓗ ᐃᓗᐊᔪᑦ ᐅᓇᓕ 1, 2008ᒥᑦ ᐄᑦᓕ 31, 2009ᔪᑦ, ᑐᓴᖅᑎᓕᔪᑕᐅᓕᕆᐊᖅᑎᑦ ᐋᓐᓂᐊᑦᑕᖅᓴᕆᐊᖅᑎᑦ gonorrhea ᔪᓂᖅᑕᒥᑉ ᐅᓄᖅᓯᑦᓕᐊᑐᐃᐃᓐᓇᓕᕆᐊᖅᑐᑦ, 2007-2008ᒥ 104ᐃᓂᐅᑦᓕᑎᑉ 2008-2009ᒥ 180ᔪᓕᖅᓂᒥᔪᑦ. ᑕᓕᐅᖅᖁᔪᒥᑦᓗᖅ ᐋᓐᓂᐊᑦᑕᓪᓚᕆᐅᖅᖃᑕᓂᖅᖁᓂᐅᓕᐊᑐᖅᓄᓗᔪ, ᐊᖅᖃᔪᔪᓂ ᖃᓚᒥᖅ ᑐᓴᖅᑎᓕᔪᑕᐅᓂᖅᑐᑦ ᐅᖅᓚᑦᒥ ᐅᓄᖅᓯᑦᓕᐊᓕᕆᐊᖅᓯᒥᔪᑦ (ᑕᑯᓐᓄᔪ ᑐᑭᓕᑎᑦᓕᔪᑎᑉ).

Number of Gonorrhoea Cases Reported per Month and Coast, Nunavik; January 2007- March 2009.



ᑕᒪᐦᑯᓂᖅᓴᒃ ᑭᑎᑦᓯᔨᑕᐅᓯᒪᔪᓂᖅᐳ ᐱᑎᑕᐅᓯᒪᓕᕆᓯᓯᑎᐳ ᓇᐅᓕᓐᓂᖅᓴᓐᓂᑦ ᐱᓇᓯᓂᖅ ᐱᓇᓯᕆᑦ ᐃᓚᓕᑦᓯᓂᐱᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᖅᑭᖅᓴᖅᐳ ᑭᓇᐅᔨᖅᑐᑦᓯᓂᑕᐅᖅᑯᓯᓕᐅᔪᖅᑦ ᐊᓂᓯᓂᐅᔨᖅᑐᖅᑎᑦᓯᓂᓴᖅᐳ (ᒪᖅᑭᖅᓯᓯᑎᐊᖅᓵᓯᑦ) ᐊᑕᔪᒥᐳ ᖃᐅᔨᓴᖅᑐᓴᒥᐳ ᓄᓕᐊᖅᓴᓂᑯᓯ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓯᓂᐳ ᐊᒪᓪᓚᑦ ᐊᐅᐳᑯᓯ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓯᓂᐳ ᐃᒪᓚᓇᖅᑐᓂᐳ ᖃᐅᐳᓚᔨᑎᑎᓂᖅᓴᖅᓯᓚᖅᑐᓂᑦ, ᐅᖅᑲᒥᐊᖅᑐᐃᓇᓴᐅᔨᓄᓗ, ᓄᓇᓕᒥ ᓯᒪᓕᑦᑎᓯᖃᑦᑕᓄᓗ ᑐᑭᒪᓴᖅᑲᑦᑕᓄᓗ ᑐᑭᒪᓗ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᔪᓴᓐᓄᓗ ᑕᓯᐅᖅᓯᐊᒋᑦᑐᖅᓂᐳ. ᓯᑭᔭᒪᔭᓗᐊᖅ, ᒐᓐᓇ ᐃᓄᐅᔪᖅ ᐃᓐᓄᑕᐅᓕᐅᒥᐊᓕᓯᒪᓚᖅᑐᑦᑐᖅ.

ᓄᓇᕆᒥ, genital chlamydia ᔫᓄᖅᑕᒥᐳ ᐃᒪᒪᓇᖅᑐᒥᐳ ᐊᓐᓄᐊᓕᐳ ᐅᓄᖅᓯᑎᐊᖅᑐᐃᕕᖅᓴᖅᑐᑦᑐᑦ. ᑭᓯᐊᓄᓕ, gonorrhea ᔫᓄᖅᑕᒥᐳ ᐊᓐᓄᐊᓕᐳ ᓄᓇᕆᒥ ᐅᓄᖅᓯᑎᐊᖅᓄᓴᒪᓓᐅᓐᓄᖅᓯᑦ ᐃᐯᒪᒥᐅᑐᓄᑕᑦ. ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᑎᐊᖅᖃᖅᑎᓯᖅ ᖃᐅᔨᔭᐅᔨᓯᖃᖅᑐᑐᖅᑕᐊᖅᒪᑦ gonorrhea ᔫᓄᖅᑕᒥᐳ ᐊᓐᓄᐊᓕᒪᒥᐳ, ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓯᓂᐊᖅᑲᑕᓄᖅᒪᑦᑕ, ᒪᑎᓴᑭᑎᓴᖅᑕᐅᑕᓯᓂᑐᓗ ᐊᑦᑐᔪᒪᒪᔭᖅᑎᓗᓐᓗ ᒪᑎᓴᑭᑎᓴᖅᑕᐅᑕᓯᓂᐳ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓯᐊᒪᓚᓓᔪᑕᐅᖅᑲᑕᑕᓯᒪᓚᖅᑐᖅ ᐊᓐᓄᐊᓕᐱᐊᐊᒪᓕᒥ ᐱᓇᓯᑎᑎᐅᓯᓄᑦ ᐊᑦᑐᔪᒪᒪᔭᖅᑎᓗᓐᓗ ᐊᐅᐳᑯᓯ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓯᑦ ᐊᑦᑐᔪᒪᒪᔭᖅᑎᓗᓐᓗ ᐃᒪᓚᓇᖅᑦᑕ ᐱᓐᓗᒪᒪᔭᖅᑎᓗᓐᓗ ᐊᓐᓄᐊᓕᐳ ᐊᓐᓄᐊᓕᐳ ᐃᒪᓚᓇᖅᑦᑕ ᐱᓐᓗᒪᒪᔭᖅᑎᓗᓐᓗ ᐃᓐᓄᑕᐅᓕᐅᒥᐊᓕᓯᒪᓚᖅᑐᑦᑐᖅ.

ᐃᓇᓕᐅᑎᒥᓗᔪᓗ, ᑭᑎᑦᓯᔨᑕᐅᓯᒪᔪᓂᖅᓴᒃ ᔪᐯᒪᒥ ᐊᑦᓴᐱᐃᑦ ᖃᐱᓴᑕᐊᓇᓯᓂᖅᓴᒃ ᐃᒪᒪᔨᑭᑎᖅᑕᖅᓴᖅᑐᑦᑐᖅ ᖃᑦᓯᐅᒪᔪᓂᖅᓴᒃ ᐃᑦᐱᒪᓂᖅᓴᒃᑕᒥᐳ ᑐᑭᓯᐅᒪᔪᓂᖅᓴᒃ ᓴᓇᖅᑕᐊᓇᓯᓂᖅᓴᒃ ᐃᒪᒪᔨᑭᑎᖅᑕᖅᓴᖅᑐᑦᑐᖅ ᑐᑭᓯᐅᒪᔪᓂᖅᓴᒃ ᐃᒪᒪᔨᑭᑎᖅᑕᖅᓴᖅᑐᑦᑐᖅ ᐃᓐᓄᑕᐅᓕᐅᒥᐊᓕᓯᒪᓚᖅᑐᑦᑐᖅ ᐃᒪᓚᓇᖅᑦᑕ ᐱᓐᓗᒪᒪᔭᖅᑎᓗᓐᓗ ᐊᓐᓄᐊᓕᐳ ᐊᓐᓄᐊᓕᐳ ᐃᒪᓚᓇᖅᑦᑕ ᐱᓐᓗᒪᒪᔭᖅᑎᓗᓐᓗ ᐃᓐᓄᑕᐅᓕᐅᒥᐊᓕᓯᒪᓚᖅᑐᑦᑐᖅ

2008ᒥ ᑲᔪᓯᔾᔨᑕᐅᔪᖅᓯᒪᔪᖅ ᓴᓇᐃᖅᑲᓱᐊᕆᔨᖅᓴᖅᓂᖅ ᐱᓕᕆᔨ ᐱᓇᓱᑕᐅᔪᓕᕆᓂᖅ ᐅᓴᖅᓂᐊᐃᓐᓇᓕᒫᓂᖅ ᒪᖅᑭᓇ. ᒪᓇᐊᑕᒪ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᖅᑲᑕᑕᐅᔪᓂ ᐃᓕᖅᑭᑦ ᑕᕐᕈᓂ ᐊᖅᖃᔭᐅᖅ:

- ᑐᓴᐅᒪᒥᐊᓕᖅᑭᑦ ᐅᓴᖅᓂᐊᐃᓚᒥ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦ ᐱᓇᓱᕈᐃᐅᔪᐃᓐᓇᑦ ᓴᓇᐃᖅᑲᓱᐊᕆᔨᖅᓴᖅᓂᓱᑦ ᓱᖅᖁᑕᐅᔭᑎᑎᐅᔭᓕᐅᑦ ᐱᓕᕆᑦ ᒪᓇᐊ ᐃᓗᓕᐊᑭᑦᓴᖅᓵ, ᐊᔪᖅᓴᒃ ᓴᐃᖅᓴᓕᕆᔨᒃ (silica), ᓱᖅᕈᐅᒃ, ᓂᐱᑎᓇᐅᑎᑦ ᐊᔪᖅᓴᒃ, ᐃᓱᓕᖅᓱᒃ ᐃᓅᓱᖅᓱᓇ ᐊᑦᑕᓴᖅᔭᔪᑕᐅᔪᓐᓇᑕᑦ, ᐊᓱᖅᑦᓗ ᐊᒻᒪᓗ ᑐᓴᐅᒪᓴᐅᑎᐊᓕᑦ ᐃᓇᑦᓯᑎᑎᔭᐊᑭᑎᓴᓕᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓴᓐᓂᒥᔪᑎᑎᓴᓕᑦ ᓴᓇᐃᖅᑲᓱᐊᕆᔨᖅᓴᖅᓂᓕᒥᓂᖅ;
- ᐋᓐᓂᐊᓱᐅᔪᓴᑎᓇᑦ ᓴᐅᐅᓴᓴᑦᑕᐅᓂᖅᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᑦ ᓴᓂᒥᐅᑦᓴᖅᑲᑦᑕᑐᑐᐃᓇᓂᑦ ᐃᓅᓱᐊᕆᔨᓴᓴᒥᑦ, ᐊᔪᖅᓴᖅᓂᓴᓴᒥᑦ (silica), ᐊᒻᒪᓗ ᑭᑭᐊᓴᓴᒥᑦ (nickel) ᐊᒻᒪᓗ ᑎᑎᕆᔨᓇᑦ ᓱᕆᔨᑕᐅᔪᓐᓇᑕᐅᓂᖅ;
- ᐊᑐᐃᓇᖅᓴᖅᑎᓇᑦᓱᐊᓂᖅᑎᒥᖅ ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᒥᖅ ᐋᓐᓂᐊᓱᖅᓴᖅᑐᑦᓴᖅᓂᖅ ᓴᖅᓂᒪᒍᑦᓴᖅᑲᖅᓯᒪᔪᖅ ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᕆᔨᖅᓴᖅᓂᓕᒫᓂᖅ ᐅᓴᖅᓂᐊᐃᓐᓇᓕᒫᓂᖅ.

ᓄᓇᕗᒻᒥᓂᖅ ᐱᓇᓱᐃᓚᒥ ᓴᓇᐃᖅᑲᓱᐊᕆᔨᖅᓴᖅᓂᓕᒥᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᒃ

ᑲᑎᒪᔨᐱᓕᕆᓂ-ᐊᐅᓚᑦᓱᓂᕐᓇᐃᖅᑎᓂ ᓱᑲᑦᓚᐅᑦᔪᖅᐅᓚᐅᔾᔨᑕᐅᔪᓐᓇᑕᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᓂᖅ ᐱᓇᓱᐃᓚᒥ ᓴᓇᐃᖅᑲᓱᐊᕆᔨᖅᓴᖅᓂᓕᒥᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᒃᓴᖅ. ᑌᒣᓪᓚᑦ, 2008ᒥ, ᑲᑎᒪᔨᐱᓕᕆᓂ ᓄᓇᕗᒻᒥᓂᖅ ᓱᑕᒪᐅᔪᖅᓯᒪᓕᖅᓴᖅᓂᓕᒫᓂᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥᓂᖅ ᐊᑐᐃᓇᖅᓴᖅᑐᑦᓴᖅᓂᓕᒫᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᒃ ᓴᓇᐃᖅᑲᓱᐊᕆᔨᖅᓴᖅᓂᓕᒥᓂᖅ. ᑲᑎᒪᔨᐱᓕᕆᓂ ᑲᒪᒋᔭᒪᓕᒃ ᑐᓴᐅᒪᓂᑕᐅᓴᖅᑲᑦᑕᐅᔪᓐᓇᑕᑦ ᐊᑦᑕᓴᖅᔭᔪᑕᐅᔪᓐᓇᑕᐅᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᒃ ᐃᓅᓱᐊᕆᔨᓴᓴᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑎᑎᕆᔨᓇᑦ ᓱᕆᔨᑕᐅᔪᓐᓇᑕᐅᓂᖅ.

ᓄᓇᕗᒻᒥᓂᖅ ᐱᓇᓱᐃᓚᒥ ᐃᑲᔪᖅᓴᖅᑲᓕᐅᔪᒪᔪᑦ ᓴᓇᓕᐅᔨᖅᓴᓇᔪᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᓂᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥᓂᖅ ᓴᑭᓕᐅᔨᖅᓴᖅᑐᑦᓴᖅᓂᖅ ᑕᕐᕈᓂ ᐊᖅᖃᔭᐅᖅ. ᓄᓇᕗᒻᒥᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᒃᓴᖅ ᐊᓂᔪᓂᖅᑐᑦᓴᖅᓂᖅ ᐃᓅᓱᐊᕆᔨᓴᓴᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑎᑎᕆᔨᓇᑦ ᓱᕆᔨᑕᐅᔪᓐᓇᑕᐅᓂᖅ.

ᐋᓐᓂᐊᓱᐅᔪᒥ ᐅᑦᑐᑐᑕᐅᓱᑦ ᐃᒻᒪᓇᔨᑦ

ᐱᖓᓱᑦ ᐋᓐᓂᐊᓱᐅᔪᓴᑎᑐᐃᓐᓇᖅᑐᖅ ᐱᒋᐅᔪᓴᓂᑕᐅᓂᖅᑦᑕᐅᔪᓐᓇᑕᑦ ᐃᓅᓱᐊᕆᔨᓴᓴᒥᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᒃᓴᖅᓂᓕᒫᓂᖅ ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᕆᔨᖅᓴᖅᓂᓕᒥᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᒃᓴᖅ ᐋᓐᓂᐊᓱᐊᕆᔨᖅᓴᖅᓂᓕᒥᓂᖅ ᐃᓅᓱᐊᕆᔨᓴᓴᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑎᑎᕆᔨᓇᑦ ᓱᕆᔨᑕᐅᔪᓐᓇᑕᐅᓂᖅ ᐅᓴᖅᓂᐊᐃᓐᓇᓕᒫᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᒃᓴᖅ ᐃᓅᓱᐊᕆᔨᓴᓴᒥᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑎᑎᕆᔨᓇᑦ ᓱᕆᔨᑕᐅᔪᓐᓇᑕᐅ

ᐊᐅᓂᐊᒋᖏᑦᑐᓕᒫᓂᖅᓴᓂ

ᑲᓴᖏᑕᓂᖅ

ᑲᓴᖏᑕᓂᖅ ᐃᓕᓴᐃᓂ ᐸᑎᓪᓗᒍ ᐱᕕᐃᓐᓇᑐᑦ ᐊᐅᓂᐊᒋᕕᑎᑕᐅᔪᓐᓇᓂᒃ ᖃᐅᔨᕕᐱᕕᓴᖅᑐᑦ ᐊᐅᓂᐊᒋᖏᑦᑐᓕᒫᓂᖅᓴᓂᑦ

2008ᒥ ᓄᐃᑕᑕᕐᒪᐊᕐᓗᒍᑐᓚᑕᑕᔪᓐᓇᖅ ᑲᓴᖏᑕᒍᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᐃᓂ ᐸᑎᓪᓗᒍ ᐱᕕᐃᓐᓇᑐᑦ ᐊᐅᓂᐊᒋᕕᑎᑕᐅᔪᓐᓇᓂᒃ ᐊᐅᓂᐊᒋᖏᑦᑐᓕᒫᓂᖅᓴᓂᑦ ᐊᐅᓂᐊᒋᖏᑦᑐᓕᒫᓂᖅᓴᓂᑦ. ᒐᓐᓇ ᓯᔪᓐᓕᒃᓴᓕᐊᔪᓚᑕᑕᔪᓐᓇᖅ ᐊᑐᓂ ᑲᓴᖏᑕᒍᓂᖅᓴᓇᓱᖓᑕᑦ ᐱᕕᐃᓐᓇᑐᑦ ᐊᐅᓂᐊᒋᖏᑦᑐᓕᒫᓂᖅᓴᐃᓕᓴᐅᓂ, ᑕᑯᔭᕆᑎᒋᓴᐅᔪ, ᐃᓕᓴᐃᓂ ᐸᑎᓪᓗᒍ ᐱᕕᐃᓐᓇᑐᑦ ᐊᐅᓂᐊᒋᖏᑦᑐᓕᒫᓂᖅᓴᐃᓚᕕᑎᑕᐅᔪᓐᓇᓂᒃ. ᑌᒪ, ᐃᓕᓴᐃᓂ ᐸᑎᓪᓗᒍ ᐱᕕᐃᓐᓇᑐᑦ ᐊᐅᓂᐊᒋᖏᑦᑐᓕᒫᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᓕᓴᐃᓂ ᐸᑎᓪᓗᒍ ᐱᕕᐃᓐᓇᑐᑦ ᐊᐅᓂᐊᒋᖏᑦᑐᓕᒫᓂᖅᓴᓂᑦ ᐃᒪᒪᑎᖅᑐᕐᓚᒪᓂ 100ᔪᓂᓕᑎᓂᒃ ᖃᐅᔨᕕᐱᕕᓴᖅᑐᑦ.

ᓄᓇᕗᒻᒥ, ᐃᓕᓴᐃᓂ ᐸᑎᓪᓗᒍ ᐱᕕᐃᓐᓇᑐᖅ ᐊᐅᓂᐊᒋᖏᑦᑐᓚᑕᐅᑭᓂᖅᓴᐅᑎᓂᑦᑎᓂᔭᒍ ᐃᒪᒪᓕᒫᔪᑕᐅᑭᓂᖅᓴᐅᑎᓂᔭᒍ (ᓕᓴᓂᔭᐊᖃᓂᓕᓵᓂᑦ), ᑲᓴᖏᑕᒍᓂᖅᓴᐅᑭᓇᑕᐅᓚᐅᔪᓐᓇᑦ ᓂᕆᐊᖃᖏᑦᓕᐊᑦ ᐅᐱᐅᓵᑦ 9ᓂᑦ 17ᓄᑦ. ᓕᓴᐃᓚᓪᓕᒥ ᐊᖏᖃᖏᑦ ᐱᒋᐊᖏᑦᑕᐅᓕᐊᖃᖏᓐᓂᔭᒍ, ᒥᑦᓴᐃᓐᓇᓕᓕᑦ 1,500 ᓂᕆᐊᖃᖏᑦᓕᐊᑦ ᖃᐅᔨᓕᒫᖏᑦᑕᐅᓕᐊᖃᖏᑦᓚᐅᔪᓐᓇᓂᒃ ᑲᐱᔨᐅᓕᒫᖏᑦᖃᖏᓂᓐᓄᔭ.

ᑕᒪᑐᒃᓴᒪ ᓄᑖᒥᐅ ᐊᒥᓕᓂᐅ ᑲᑎᕐᓄᓂᒥᐅ ᐃᓂᓐᓄᑎᓇᒥᐊᓕᑦᑕᑦ, ᐊᓐᓄᓴᖏᑎᓂᒥᐅ ᓄᓇᕗᒻᒥᒥᐅᑲᓴᖏᑕᐅᓚᐅᔪᓐᓇᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥᑎᐅᓄᓂᖅᓴᐅᓂᒃ. ᓇᐅᓪᓚᓂᐅᒃ ᐃᓄᓐᓄᑎᓇᒥᐊᓕᑦᑕᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᑦᑐᓂᒃ ᐃᓄᓐᓄᑎᓇᒥᐊᓕᑦᑕᑦ ᐊᓐᓄᓴᖏᑎᓂᒥᐅ ᐊᓐᓄᓴᖏᑎᓂᒥᐅ ᐊᐅᓂᐊᒋᖏᑦᑐᓕᒫᓂᖅᓴᓂᑦ ᐊᐅᓂᐊᒋᖏᑦᑐᓕᒫᓂᖅᓴᐃᓕᓴᐅᓂ

ᐱᖁᓱᑦ ᐊᑭᖅᓪᓕᒥᐅᑦᓴᑦ ᓄᐃᑕᐅᓪᓕᐅᔪᒥᖏᑦ ᐃᑦᓪᓕᐊᑦ ᕿᖁᓚᑦ ᐱᕈᐃᖅᓪᓗᑎᒃ ᐊᖅᓂᐊᒋᕈᑎᐅᒍᖅᓪᓗᓱᓂᑦ ᓴᐃᐱᖅᑐᐊᕈᓴᑦᑎᒃ ᐊᖅᓂᐊᒋᕈᑎᐅᓕᒪᔨᑦᑎᒃ ᖁᐅᕈᒪᔨᐅᑎᑦᓴᓱᑦᑎᒃ ᖁᐅᕈᒪᔨᐅᑎᑦᓴᓱᑦᑎᒃ ᖁᐅᕈᒪᔨᐅᑎᑦᓴᓱᑦᑎᒃ ᓴᐅᐅᕈᒪᔨᐅᑎᑦᓴᓱᑦᑎᒃ ᓄ

ᐃᑦᐱᒋᑦᓯᐊᒪᓂᒋᐊᓕᑦᑐᖅᑦ. ᓄᓇᕗᑦᒥᐅᑦ ᐊᓂᖅᑎᓇᓴᒥᓂᑦ ᐃᒪᒪᓕᖅᑭᑐᐃᓐᓇᓇᕐᓂᖅᓴᒪᑕ, ᐊᓯᖏᑦᑕ ᐱᑦᓯᑕᐅᔪᓐᓇᕐᒥᑎᑦᒪᓕᑦᑕ, ᐃᓐᓇᒥᐅᖅᓱᑎᒋᑦ ᓂᓐᓂᐅᕐᓪᓕᐅᑎᓂᖅᓯᓐᓄᑦ ᓄᑦᕿᓇᐊᕐᓂᓂᖅᓯᓐᓄᑦ ᓄᓇᑐ.

ᓄᓕᒋᐳᓚᑎᓪᓕᐊᑐᓂ ᑲᑎᕐᑕᐅᔪᑎᑎᓪᓕᖅᑐᑦ ᓄᑦᖃᖅ

ᑲᑎᕐᑕᐅᔪᑎᑎᓪᓕᐊᓕᒃ ᓄᑦᖃᒃ ᑲᑎᕐᑕᐅᖅᑲᖃᓕᓚᖅᑎᓪᓗᑎᑦ ᓄᓇᕗᒪᓕᒥ ᓄᑦᖃᓄᑦ ᑲᑎᕐᑕᐅᔪᑎᑎᓪᓕᐊᓄᑦ ᑎᑭᑲᕗᓂᐅᑎᓪᓗᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᐸᓪᓕ. ᓄᓇᕗᒪᓕᒥ ᑲᑎᕐᑕᐅᖅᓯᑦ ᐊᖏᔪᒪᓕᑎᓕᖅᓯᓕᐊᔪᓄᑦ ᑯᐯᓕᒥᓂᒥ ᑲᑎᕐᑕᐅᓂᐅᕐᓂᖅᓄᑦ. ᒪᖅᑭᓂᒃ ᐊᑦᐅᑦᖏᖅᑎᑐᔪᑎᑎᖏᓐᓄᑦᓴᐊᔪᓂᒃ: ᑲᑎᕐᑕᐅᔪᑕᐅᓂᖅᓱᒃ ᔪᑕᒪᐅᔪᑎᓂᐅᑎᓪᓗᔪ ᑲᑎᕐᑕᐅᔪᑕᐅᑕᐊᓕᒃ (pneumococcus conjugate vaccine) ᐊᒪᒪᓗ ᑲᑎᕐᑕᐅᔪᑕᐅᓂᖅᓱᒃ ᐱᖅᓱᔾᔪᐅᑎᓪᓕᖅᑎᓪᓗᔪ ᐃᓐᓇᓕᑦᑐᐃᓐᓇᖅᑐᒃ ᓴᖅᓱᖅᑲᐅᔪᑦᑐᒃ ᐊᓂᓂᐊᑦᓴᑕᒪᔪᑎᑎᓪᓕᖅᓴᒪᑦ ᐅᑭᐅᑭᓂᓪᓕᐊᑎᓪᓗᓂᑦ.

ᐊᐅᓚᑕᐅᔪᓂᖅᓱᒃ ᑲᑎᕐᑕᐅᔪᑎᓂᒋᑦ

2008 ᑎᑭᕋᕐᓂᔪ, ᓄᓇᕗᒻ ᓂᕿᕋᑕᐅᓂᒪᖅᑲᑕᓚᐅᔾᔨᖏᓐᓄᑦ ᑲᔪᓐᓂᑦ ᐃᒪᖅᑭᑕ ᓂᐱᒥᑦᓂᔪᐊᑦᑲᖅᑕᓂᖅᑭᓂᒃ ᓂᑦᓚᔪᐊᑦᑲᖅᑕᓂᖅᑭᓂᓗᑎᑦ. ᑲᔪᓐᓇᑦ ᐃᒪᖅᑭᑕ (ᐊᐅᓚᑕᐅᓚᓂᑎᒃ ᓴᓂᓯᑕᐅᓂᒪᔪᑎᓂᑦᔅᓱᓂᑦ), ᐃᑦᐱᒋᓴᐅᑦᓂᔪᐊᓇᐊᑦᖏᑦᔨᑦ, ᓂᑦᓚᒪᓂᖅᑦᔨᑦᓚᑎᒃ ᐊᑯᑭᓂᖅᓱᓂ 2 ᐊᒪᒪᓗ 8 degrees, ᓂᒃᑯᐅᓚᖅᑯᓗᑎᑦ ᐱᓯᑦᓚᖅᑯᑎᓂᓂᔪᐊᑦᑲᔪᑯᓗᑎᑦᓗ. ᑲᔪᓐᓇᑦ ᐃᒪᖅᓱᒃ ᓂᕿᕋᑭᓂᖅᓱᒃ ᐅᖅᓱᒋᓴᖅᓯᑦ 8 degrees ᐅᑭᓯᓴᑭᓂᑦ 2 degrees ᒥᑦᓂᑎᔨᖅᓯᑦ ᑕᒃ ᓂᕿᕋᑦᓂᔪᐊᑦᑲᔪᓂᖅᓱᒃ ᓂᑦᓚᒪᓗᑦᓂᑭᓂᑦ.

ᑲᔪᓐᓇᑦ ᐃᒪᖅᓱᒃ ᓂᕿᕋᑦᓂᔪᐊᑐᐊᑦᓚᑦ ᓂᑦᓚᓗᐊᑐᐊᑦᓚᓴᑭᓂᑦ, ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᔪᐊᓇᐊᑦᖃᓄᑦᔪᔪᓂᖅᓱᒃ ᐊᑐᖅᑦᓴᐅᖅᓯᑭᓴᒪᓕᖅᓗᒃ. ᓂᕿᕋᓗᐊᑦᑐᑦ ᓂᑦᓚᒪᓗᐊᑦᑐᐃᓴᑭᓂᑦ ᐊᑐᖅᑦᓴᐅᔪᑭᓯᐅᑎᓪᓗᒥᑦ, ᐅᓚ ᐊᓂᕐᑐᐃᓐᓇᓂᐊᓕᖅᑎᓪᓗᑎᒃ. ᐊᓂᖅᓯᓐᓂᑦ ᓄᓇᖃᖅᓱᐃᓂᓯᑦ ᐅᑦᑐᖅᑕᐅᑎᒋᔨᐅᑎᒋᔪᑦᑎᒧ, ᓄᓇᕗᒻᒥ ᑲᔪᓐᓇᑦ ᐃᒪᖅᓯᓐᓂᒃ ᓂᕿᕋᑦᓂᔪᐊᑦᑲᖅᑕᓂᖅᓱᑦᑐᓂᑭᓂᑦ ᖃᖅᓯᑦ ᑐᑭᖅᑦᓴᖅᑭᑦ, ᐅᑐᓚᑦ ᖃᖅᓱᓄᓇᓕᒻᒥᓂᖅᓱᒃ ᓴᓇᔨᓴᖅᑕᐅᓂᔪᐊᑦᑲᖅᑕᓂᖅᓱᒃ ᐊᑐᖅᑦᓴᐅᔪᑭᓯᐅᑎᓪᓗᓂᑦᓂᔪᓄᑦ. ᑕᒪᓐᓇ ᓂᕿᕋᑦᓂᔪᐊᑦᑲᖅᑎᓂᓯᑕᐅᓂᒪᔪᑎᓂᑦᓂᔪᓄᑦ ᐊᑐᓂᑦᓂᔪᐊᑦᑲᖅᑕᐅᔪᓚᑦᓂᓕᕆᓂᖅᓄᑦ.

ᓇᐅᓚᒋᓂᒃ ᐃᓗᔪᓕᓕᓂᓴᓂᑦ ᐱᓇᔪᓯᐊᓚᒥ ᐱᓇᔪᓂᑦᑎᓂᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᕐᓴᑎᓕᓚᐅᔾᔨᖏᓐᓄᑦ ᐱᒥᐅᑦᓴᓂᓂᓴᖏᓂᒃ ᐃᓴᖅᑲᒪᓕᕆᓕᕐᓗᒃ (ᐊᓐᓂᓕᐊᓐᓂᓂᑦ ᑕᒧᓐᓂᑦ ᐊᑕᐅᔪᑦᑎᒃ ᐱᒥᐅᑦᓴᔪᐅᑦᓴᖅᑭᑦᔪᑎᑎᒃ) ᑎᓚᒋᔭᐅᔪᑦ ᐊᐅᓚᑕᐅᑎᑕᐅᔾᔨᔪᑦᓴᓂᒃ ᑲᑎᕐᑕᐅᔪᑦ ᐃᒪᖅᓱᒃ ᐃᓐᓇᐅᒥᐅᑦᓴᓴᓂᒃ. ᐱᒥᐅᑦᓴᓂᖅᑲᖃᓕᓚᐅᔾᔨᔪᑦᓴᓂᒃ ᐊᐅᓚᑕᐅᓂᖅᓱᒃ ᐊᑐᖅᑦᓴᐅᔪᑭᓯᐅᑎᓪᓗᓂᑦᓂᔪᓄᑦ. ᐱᒥᐅᑦᓴᓂᖅᑲᖃᓕᓚᐅᔾᔨᔪᑦᓴᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᓂᕐᑐᐃᓐᓇᓂᐊᓕᖅᑎᓪᓗᑎᒃ Hôpital Saint-François d'Assise. ᐱᒥᐅᑦᓴᓂᑦ ᑕᓴᓕᐊᑦᑐᓂᖅᓱᒃ ᐃᓐᓇᐅᒥᐅᑦᓴᓴᓂᒃᑕᐅᓕᐅᔾᔨᔪᑦᓴᑦ; ᑕᑯᓐᓇᐅᔨᖅᑭᑕᓯᑎᓂᒃ ᐱᓇᔪᓂᑦᓂᒃ ᐱᓇᔪᐊᔪᖏᓐᓄᒃ

ᓄᓇᓕᓐᓄ ᐱᐅᔭᒻᒪᓂᖅᓱᔪᓪᓚᖅᓯᒪᓐᓇᖅ ᑕᒻᖏᓕᑕᓄᑦᑎᓐᓄᑦ ᐊᐱᓄᖅᓯᑕᓄᑦᑎᓐᓄᓐᓂᒃ. ᐱᑎᐅᖅᓴᓂᖅᑕᐅᓂᒃ ᐃᓚᒪᑕᑭᖅᓯᖏᓐᓂᒪᓗᐅᔪᓚᐅᔪᓐᓇᖅ.

ᑕᒪᔭᒻᒋᐊ ᐊᓄᓕᐅᑎᑭᑎᐅᓄᒪᓕᕐᓂᑎᓗᑎᑦ, ᓂᑭᑎᑦᓄᓗᐊᖅᑐᓕᕐᖃᒻᒥᑦ ᓂᓪᓕᓗᐊᖅᓄᑎᓐᓄᓪᔨᓐᓂᒃ ᑲᔪᑎᑦ ᐃᒪᖓᑦ ᐊᐅᓪᓚᑎᑦᑕᐅᒪᓄᓕᕆᑐᖅ, ᐅᑭᐅᖅᑕᕐᓂᐊᕐᓇᖅ ᐅᑎᕐᓂᒃ ᐅᑎᕐᓂᒃᑲᓐᓂᑕᐅᓂᒃ ᐱᔭᕐᓂᖅᓴᓂᖅᑕᐅᓂᒃᖃᓪᓕᕐᓂᖅ, ᐃᓄᓕᐅᓪᓚᕐᓇᓂᖅᑐᑦ ᐱᔭᕐᓂᖅᓴᓂᖅᑕᐅᓂᒃᖃᓪᓕᕐᓂᖅ ᐅᑎᕐᓂᒃᑲᓐᓂᑕᐅᓂᒃ

ጋናᐅᒪᖃᑎᒋᓕᐅᔪᓐᓇᑦ, ᓄᓇᕗᒻᒥ (ᐊᓐᓂᐊᓕᐅᖅᑎᑐᐃᓐᓇᓐᓂᑦ, ᐊᓐᓂᐊᓕᐅᖅᑎᑕᒪᓴᑦ, ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ, ᐅᐃᓐᖏᑦ ᐃᓐᓇᖅᑎᖅᑭᑦ, ᓄᓇᓕᒻᒥ ᖃᓄᐃᖅᓯᓕᖅᓂᓴᓐᓂᑦ, ጋᔪᑭᒥᐅ ᓄᖅᑲᓯᐊᖅᑐᓂᐅᓂᐅᓂᑦ ᐃᑲᔪᕆᓂᐅᓂᑦ) ᓄᓇᕗᑎᑦ ᓯᓚᒋᓂᒥᐅᑎᓂᐅᓂᑦ ጋናᐅᒪᖃᑎᖃᑎᓯᑎᓂᐅᓂᑦ ᐱᓇᓯᖃᑎᑎᓯᓯᒥᑕ ᐃᓚᖅᓯᓂᐅᓂᑦ (ᒪᑭᐊᓂ ᐃᓚᓂᐊᓕᐊᔪᐊᖅᓴᒃ, ᑯᐯᐅ ᑕᔪᖅᓴᓂᒥᐅᑎᓂᐅᓂᑦ ᐊᓐᓂᐊᓕᐅᖅᑎᖅᑭᓯᓯᒥᓚᓕᐊᓂᐅᓂᑦ).

ᐃᓕᐊᐅᓴᓄᑯᑦ ᐱᑭᐃᓐᓇᑐᐅᑦ ᐊᓐᓂᐊᓕᐅᖅᑎᖅᑐᓴᓴᖅᑎᓕᖅᑎᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᐅᑦ

ᐃᓕᐊᐅᓴᓄᑯᑦ ᐱᑭᐃᓐᓇᑐᐅᑦ ᐊᓐᓂᐊᓕᐅᖅᑎᖅᑐᓴᓴᖅᑎᓕᖅᑎᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᓚᐅᔨᔪᑦ ᓯᑦᓴᐅᔨᓐᓂᓐᓂᑦ ᑕᒻᓂᓐᓂᓚᓴᑦ ᓇᓚᖅᑕᑦᑕᓚᔪᑦ ᑕᖅᑭᖅᑕᑦᑕᐅᔪᑎᑎᔪᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᔪᑎᑎᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᓂᓐᓇᒪᑎᔪᑦ [ᑯᐯᒻᒥ ᐃᓕᐊᐅᓴᓄᑯᑦ ᐱᑭᐃᓐᓇᑐᐅᑦ ᐊᓐᓂᐊᓕᐅᖅᑎᖅᑐᓴᓴᖅᑎᓕᖅᑎᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᐅᑦ]. ᑕᓯᐅᐅᓴᔨᔪᑎᒥ, ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᓇᐊᓐᓇᓚᓕᐅᔨᔪᓐᓴ ᐃᓱᐊᓇ 25ᒥᑦ ᐃᑦᓯ 7, 2008ᔪᑦ, ᓯᑕᒪᓂ ᓄᓇᓕᓐᓂ (ᓴᑦᓗᓂ, ᐃᓐᔨᐃᒻᒥ, ᔪᐃᓐᓂᐅᔪᒥ, ᐊᑯᓕᐃᒻᒥᓗ). 153 ᐊᓐᓂᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᑎᐊᓐᔪᓂᐊᔨᐅᓯᓚᓕᐅᔨᔪᓐᓇᑦ. ᑎᓯᒻᒧᐸ 2008ᒥ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᓕᓐᓚᔨᐃᓂᐅᑦᓯᑎᓴ, ᐅᓐᓚᓵᒥᐅᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᓚᒥᓕᓐᓚ ᐅᓐᓚᓯᓕᒥᐊᓐᓂᑕᐅᓚᐅᔨᔪᓐᓴ ᔭᓄᐊᓇ 2009ᒥ. 183 ᐊᓐᓂᑦ ᓄᓇᓕᓂᓂ ᓯᑕᒪᐅᔨᓐᓐᓯᒪᓴᑐᓂᑦ ᐱᓯᒻᒧᑦ ᐅᓐᓚᓵᐅᑦ ᓯᑦᓴᓐᖏᓂᑦ (ᐊᐅᐸᓗᒻᒥᑦ, ᔪᑦᔨᐊᒥᑦ, ᑲᓐᓯᓯᐊᓗᑦᔨᐊᒥᑦ, ᑲᓐᓯᓯᐊᒥᑦ, ᖃᐊᓐᑕᒥᑦ, ᑕᓯᐅᔭᓴᒥᓗ) ᐊᓐᓚᐃᐅᓚᐅᔨᔪᓐᓇᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᑎᐊᓐᔪᓂᐊᔭᔪᑎᓂᑲ ᔭᓄᐊᓇ 18ᒥᑦ 27ᔪᑦ, 2009ᒥ. ᑲᑎᓚᓯᓯᑎᖅ, 336 ᔪᓚᐅᔨᔪᓐᓇᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥᐅᑦ ᐊᓐᓂᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᓚᐅᔨᔪᓐᓴ ᑕᓴᔭᑎᓄᓐᑦ (ᓚᑦᑕᐅᑎᓄᓐᑦ) ᐃᓕᐊᐅᓴᓄᑯᑦ 2008ᒥ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᓴᑎᓄᔪᔪᑎ. ᖃᐅᔨᓴᓕᔭᐅᓂᖅᖃᓕᒻᒥᔨᔪᑦ 2009ᒥ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᓴᑎᓄᔪᔪᑎ, ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᓚᐅᔨᓕᓚᑦ ᐃᑦᓯ 8ᒥ ᐊᓕᓚᓗ 15ᒥ, 2009ᒥ, ᓄᓇᓕᓐᓂ ᓯᑕᒪᓂ ᑕᓯᐅᔭᓴᔨᔪᒋᑦᔪᓂ (ᐃᓄᐅᔨᔪᒥ, ᐅᒥᐅᔭᓴᒥ ᔪᑦᔨᔪᐊᖏᓕᓕᒥᓗ).

ᐊᓐᓂᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᔪᑎᑎᓂᑦ ᑌᒐᑦᓯᐊᓂᓐᓂᑦᑕᑦᑕ ᐊᓐᓚᐃᐅᓂᖅᑕᑐᓚᐅᔨᔪᓐᓇᑦ. ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᒥᐊᓐᓚᓕᓐᓚᒋᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᓕᒻᒥᔨᔪᑦ ᐊᓐᓂᐊᓕᐅᖅᑎᖅᑐᓴᓴᖅᑎᓕᖅᑎᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᑎᑎᓂᐅᓂᑦ.

ᑕᑉᑕᓂ ᐊᓂᕐᔪᒥ, 'ᐱᓇᓯᐊᓂᑕᐅᒥᐊᓐᓚᒋᑦ' ᐊᓐᓚᑕᑕᐅᓚᐅᔨᔪᓐᓇᑦ ᓯᓇᓂᑦ ᑲᒪᒥᐊᓂᖅᓴᒪᓕᖅᑎᒃᑕ ᓇᐅᓚᐃᓂᑦ ᐃᓗᓯᓚᓂᓂᔪᑦ ᐱᓇᓯᐊᓂᑕᐅᒥᐊᓐᓚᒋᑦ ᐊᓐᓂᐊᓕᐅᖅᑎᖅᑐᓴᓴᖅᑎᓕᖅᑎᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᓚᐅᔨᔪᓐᓇᑦ *INSPQ* ᑯᑦ ᐊᒪᓚᓗ ᐊᓐᓂᐊᓕᐅᖅᑎᖅᑐᓴᓴᖅᑎᓕᖅᑎᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᓚᐅᔨᔪᓐᓇᑦ ᑲᒪᒥᐊᓂᖅᓴᒪᓕᖅᑎᒃᑕ ᐊᓐᓂᐊᓕᐅᖅᑎᖅᑐᓴᓴᖅᑎᓕᖅᑎᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᓚᐅᔨᔪᓐᓇᑦ. ᑌᒐᒪᑦ ᐊᓐᓂᐊᓕᐅᖅᑎᖅᑐᓴᓴᖅᑎᓕᖅᑎᑦ ᐱᓇᓯᐊᓂᑕᐅᓂᖅᖃᓚᐅᔨᔪᓐᓇᑦ ᐅᐱᓂᓴᓴᖅᑎᓕᖅᑎᑦ ᐃᓗᓯᓚᓂᓂᔪᑦ ᐱᓇᓯᐊᓂᑕᐅᓂᖅᖃᓚᐅᔨᔪᓐᓇᑦ.

ᐱᐊᕐᓂᓴᐅᑦ ᐃᒥᐊᓚᒪᑦ ᓯᓂᕐᑕᐅᒪᓂᓂᔪᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᖃᓚᐅᔨᔪᓐᓇᑦ ᐱᓇᓯᐊᓂᑕᐅᓂᖅᖃᓚᐅᔨᔪᓐᓇᑦ ᐱᓇᓯᐊᓂᑕᐅᓂᖅᖃᓚᐅᔨᔪᓐᓇᑦ ᐃᓗᓯᓚᓂᓂᔪ

ᑎᓪᓚᐸ 2008ᒥ, ᐸᐅᑦᔅᑎᑎᖅᓄᑦ ᐱᓇᓴᖏᑎᑦᓴᓪᑦ, ᐃᓄᖅᔪᐊᒥᑦᓗ ᓴᑦᓗᓂᑦᓗ ᖃᑎᒌᐊᕐᓴᐅᒪᓴᖅᑐᑎᓂᖅ ᐸᖅᓯᑎᖏᖅᖢᐅᔪᖅᑐᔪᑦ. ᐃᓄᖅᑎᑐᐃᐃᓐᓇᖅ ᐃᓕᓴᐃᑕᐅᑦᓴᑎᖅ. ᐃᓕᐅᔪᔭᐃᓐᓂᑦ ᖃᐅᔨᐊᕐᕕᒃᓴᐃᓕᓴᐅᓇᑦᓴᑦᓂ, ᐱᓕᕆᓂᖏᑎᓪᓚᓇᐅᓕᐅᔪᖅᑐᑦ ᐸᖅᓯᓴᓚᖅᑐᑦ ᖃᑎᒌᐊᕐᓴᖃᖏᑦᓴᑎᓴᓂᖏᓪᓕᐹᑦ.

Seattle ᓕᐊᖏᑎᓴᓕᐅᔪᒥᔪᔪᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᔪᑦ ᐃᓕᓴᓇᐊᖏᑐᓂᖅ ᐃᖅᔪᖏᑎᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐅᖃᐅᓕᓴᓂᖅ, ᓄᓇᕗᒻᒥ ᑌᒣᑐᒥᖅ ᐱᒋᐊᖏᑎᓴᐅᔪᒪᓚᖅᖢᓴᓴᓕᑦ. ᐃᖅᔪᖏᑦᓴᐅᓕᐊᕐᓂᖃᖅᖢᓴᖏᑎᑐᒥᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑐᑦ ᐊᑐᐊᖏᑦᓴᖅ ᐃᒥᐊᓗᒥᑦ ᓴᖅᑎᖏᑦᓴᐅᓕᓴᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᐃᑕᐅᑦᓴᑎᖅ.

ᓄᓇᕗᑦᓂ ᖃᑎᒌᐊᕐᓴᐅᓴᖅᑐᑎᓪᓚᖅᖢᓴᓴᓕᑦ ᖃᓄᐃᑦᑐᖅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᑦᓗᐅᑦ. ᓄᓇᕗᒻᒥᑦᓗᐅᖅ ᐃᓕᓴᐅᓇᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐅᖃᓕᒫᖅᑐᑦ ᖃᑎᒌᐊᕐᓴᐅᓴᖅᑐᑦ ᐃᓄᖅᑎᑐᐃᐃᓐᓇᖅ, ᑐᓴᐅᑎᑦᓴᐅᓕᐊᕐᓂᖃᖅᖢᓴᖏᑎᑐᒥᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᐃᑕᐅᑦᓴᑎᖅ ᐱᓕᕆᓂᖏᓪᓕᐹᑦ ᐃᓄᖅᑎᑐᐃᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᐃᑕᐅᑦᓴᑎᖅ ᐱᓕᕆᓂᖏᓪᓕᐹ

ᐅᐃᓄᖅᑎᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓯᐊᖃᖅᓯᑎᑕᐅᓕᐅᔪᓐᓇᑦ ᐁᑦᑐᓵᓪᓯᐊᕐᓇᐊᖃᖅᓯᓂᓚᐅᓐᖓᓕᔪᑦ ᐱᓪᓗᑎᑦ



ᑐᐅᑦᔅᑐᑎᓴᒃᑯᑦ ᐱᓇᓱᖃᑎᒌᓱᒋᑦ, ᓇᐅᓕᒧᓂᒃ
ᐃᓗᓱᓕᓇᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᒪᑦ ᐱᓇᓱᒋᑎᑦ
ᑲᑎᒪᓂᒪᓇᖅᑲᖅᑎᑎᓱᓕᐅᔪᓐᓇᑦ ᐅᓪᓗᓂ ᐱᖅᓯᓂ
ᑲᓇᑕᐅᑦ ᐅᐃᓴᖅᑲᓱᑎᖅᑭᓂᓴᒃ 37ᓂᒃ
(ᖃᐅᓪᓗ ᓱᑕᒪᓪᓗᐃᑦ ᓄᓇᒪᒋᑕᐅᑦ
ᐃᓕᐅᑎᓪᓗᑎᑦ) ᐊᒻᒪᓗ ᖃᐅᓪᓗ
ᐱᖅᓯᓪᓗᓂᒃ ᐃᓄᒻᒪᓇᓪᓂᒃ.
ᑲᑎᒪᓂᒪᓇᖅᑲᐳᓪᓇᑎᑕᐅᓕᐅᔪᓐᓇᑦ ᓄᓇᓪᓂᓂᓗ
ᓄᓇᓕᓕᒋᓪᓗ ᐱᓇᓱᒋᑎᑦ
ᐱᓇᓱᖅᑎᑎᑦᓱᐊᓂᖅᓯᓂᒃᓂᓪ.

ᐃᓕᓴᖅᓴᓂ ᐁᑦᑐᓵᓪᓯᐊᕐᓇᐊᖃᖅᓯᓂᐅᑦ ᓄᓕᐊᖅᓂᓕᑦ ᐁᑦᑐᑐᑎᐅᓱᓂᒃ ᐊᓐᓂᐊᑎᑦᑕᐅᓗᓂ ᐃᓕᓴᕐᔪᑎᓂᐅᓂᒃ

ᓱᑕᒪᐅᔪᖅᖅᓯᒪᓴᑐᓂ ᐃᓕᓴᖅᓴᓂ (ᐊᐃᖅᓂᑐᒥ, ᐊᒻᒪᓕᒪᓕᒥ, ᓴᓪᓕᓂᓗᒥ, ᑲᖅᑭᖅᓱᒥ, ᖃᐃᐊᖅᑕᒥ, ᔪᑦᔨᐊᒥ, ᑲᖅᑭᖅᓱᐊᓗᑦᔨᐊᒥᓗ) ᑕᒪᑐᒥᖅᓱ ᐃᓕᓴᕐᓴᐃᐅᖅᓯᒪᓕᖅᑐᓂᖅᓱᓕᑦ, ᐊᖏᖅᔪᓂᒃ ᑐᓴᕐᓴᓂᓂᖅᓱᓂᒃ ᐊᐅᓚᐅᖅᑎᑦᑎᓂᖅᓱᓕᑦ. ᐃᓕᓴᕐᓴᐃᒥ ᐱᓇᓱᑎᓂᒃ ᐃᑲᔪᖅᓱᐅᓱᒪᓕᖅᑐᑦᑕᓂᖅᓱᓕᑦ ᐋᓐᓂᐊᓱᐅᑦᑎᑐᑐᓂᖅᓴᓗᒃ, ᐱᒋᐅᕐᔪᑎᑦᑎᓱᖅᑐᑦᑕᓱᓕᔪᓗᑦ ᓄᓇᓕᓂᓂ ᓱᑕᒪᐅᔪᖅᖅᓯᒪᓕᖅᑐᓂᒃ. ᑲᑎᒪᓂᐃᓂᓕᓂᖅᓱᒃ ᑲᑐᔾᔨᖅᑐᑦᑕᓱᓕᔪᓗᑦ ᓄᓇᓕᓂᓂ ᓱᑕᒪᐅᔪᖅᖅᓯᒪᓕᖅᑐᓂᒃ. ᐃᓕᓴᕐᓴᐃᒥ ᐱᓇᓱᑎᓂᒃ ᐊᐃᑐᐅᓱᒪᓕᖅᑐᑦᑕᓱᓕᔪᓗᑦ ᐊᐅᓚᐅᖅᑎᑦᑎᓂᖅᓱᓕᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᑎᓂᐅᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᓇᐊᖃᖅᓯᓂᒃᓂᓪ ᓄᓇᓕᓂᓂ ᐁᑦᑐᑐᑎᐅᓱᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓴᐃᐅᖅᓯᒪᓕᖅᑐᓂᒃ

ᑲᓐᓂᐊᑦ ᐱᓐᓗᑎᑦ. ᒪᖏᕆ ᓯᑲᓐᓂᕿᑎᔨᑎᑎᑦᑕᓂᐅᔪᓐᓇᖅ ᑎᓯᑦ ᔭᖅᑐᑦ ᔭᑦᓴᖅᑐᑦ ᓯᓂᖏᐱᐊᓴᖅᓂᖅ ᐊᑦᓂᖓᔪᓂᖅᑎᓂᑦ ᓴᓂᖏᓯᑎᓂᖅ ᓄᓇᖅᑐᑦ ᔮᓐᖏᑦᑐᑦ ᐊᐃᑦ (ᑎᐃᖅᑲᓂ) ᐊᒻᒪᓗ ᑎᓕᐃᐊ ᐅᑭ (ᐃᓚᓐᓓᓕᒫᑦ).

ᓄᓇᓕᒻᒥ ᐱᓇᓱᑦᑕᑎᔪᑦ

ᓄᓕᐊᖅᓂᔪᑦ ᐅᑦᑐᑐᑕᑎᓱᑦᑕ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑎᖅᔪᑦ ᐅᑦᑐᑐᑕᑎᓱᑦᑕ ᐃᒻᒪᓇᖅᑐᑦ ᐃᔪᓕᓂᑕᑎᒪᓱᐊᕈᑎᑦᓴᖅᑦᑕ ᑭᓇᑎᖏᑦ ᐊᑐᐃᖅᓇᑎᑎᑕᑎᓇᔪᖅᑐᑦ ᐊᖅᐱᑦᓇᑎᑎᒃ ᑐᓴᖅᓱᖅᓂᖅᑐᖅᓄᑐᔪᓐ, ᐃᖅᑲᓂᐱᖅᓂᖅᑐᖅᓄᑐᔪᓐ ᐊᖅᓚᖅᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᑎᓕᐃᐊ ᑎᑭᑎᔪᓂᖅᑐᑦ ᐊᖅᓚᖅᑐᑦ ᐃᔪᓕᓂᑕᑎᒪᓱᐊᕈᑎᑦᓴᖅᑦᑕ ᐃᔪᓕᓂᑕᑎᒪᓱᐊᕈᑎᑦᓴᖅᑦᑕ. ᓄᓇᓖᑦ ᑐᑭᓯᖅᑲᑦᑕᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᑭᓇᑎᔭᑎᔪᑦ ᐃᑲᔪᖅᓯᑎᔪᓂᖅᓴᖅᓂᑐᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᒋᓱᐊᕈᑎᑦᓴᖅᑦᑕᓐᓇ ᐊᖏᔪᖅᑐᑦᑎᓂᖅᓴᖅᓂᑐᑦ ᐊᖅᓚᖅᑐᑦ ᑎᑭᑎᔪᓂᖅᑐᑦ ᐱᓇᓱᑦᑎᒋᓱᐊᕈᑎᑦᓴᖅᑦᑕᓐᓇ ᐊᖅᓚᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅ

ᐅᐃᖅᑫᑦ: ᓄᓕᐊᖅᓂᓪᓗ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓯᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᖅᓂᓪᓗ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓯᑦ ᐃᒻᒪᓚᓐᔅᑐᑦ ᐅᖃᐅᓯᐅᓕᐅᔨᕐᑐᑦ ᓴᓇᔅᓂᓪᓗ 2008ᒥ ᐊᖏᔪᒍᒪᔾᔪᐅᑎᒥᓂᖅ ᑲᑎᒪᓂᒪᓕᖃᖅᑎᑲᒥᑦ, ᓯᓚᓱᐊᒥ.

ᓄᓕᐊᖅᓂᓪᓗ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓯᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐅᖅᓂᓪᓗ ᐁᑦᑐᑐᑕᐅᓯᑦ ᐃᒻᒪᓚᓐᔅᑐᑦ ᐃᓄᓐᓂᑦᑕᐅᒥᐊᓯᓐᓇᓕᕐᑐᑦ ᖃᐅᓄᑦᓗᐊᑎᒥᖅ ᖃᐅᓄᐃᔪᑕᐅᓴᒪᓐᓇᖅ ᑭᐅᔾᔨᒪᔭᐅᔪᑎᒥᖅ ᐱᖓᔪᓂᖃᑎᒌᒥᑦᑐᓕᕐᓂᓕᕐᑐᑦᓗ ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᓂᖓᓂᑦ ᓄᓕᐊᖅᓂᑦ ᐃᓄᓐᓂᑦᑕᐅᔪᓕᐊᓂᑦ ᐃᓄᓐᓂᒪᓂᔪᓕᐊᓂᑦ ᐃᓄᓐᓂᑦᑕᐅᔪᑦᑎᓂᑦ ᐃᓕᓴᐃᓂᓐᓂᑦ ᐅᖃᐅᓯᐅᑎᒥᖅ ᐊᑐᓂᖓᓂᑦ, ᐊᑐᓂᖓᐃᓕᓂᑦ, ᒪᑭᑦᔪᓕᐊᓇᕐᓂᖅᓂᑦ ᐅᖃᐅᓯᐅᑎᓕᕐᓂᖅ, ᓄᓕᐊᖅᓂᓪᓗᓯ ᐱᓇᔪᐃᐅᔨᓄᑦ ᐃᓄᓐᓂᓪᓗᓯ. ᐊᑐᓂᖓᑕᓴᓕᒪᓕᐊᓂᖏᓐᓂᖅ ᐃᓅᓪᓗᐊᓂᖏᓐᓂᖅ ᐃᓕᓴᐅᔪᓂᖅ ᐃᓄᐃᑦᓗᒪᓕᐊᓂᖏᓐᓂᖅ.

ᓄᓕᐊᖅᓂᓪᓗᓯ ᐊᐅᓚᑎᒍᑦ ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᑦ (ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᓗ) ᐱᓪᓗᒍ ᐱᓇᔪᑦᑕᐅᔨᑦᖃᖏᑦ

ᖃᐅᔨᒪᓚᔪᐊᖏᓂᒍᑦ ᐱᓇᔪᑦᑕᐅᔨᑦ

ᐃᓕᓴᒥᐅᑦ ᑭᑎᑦᔪᒍᑎᓂᐅᑦ ᑲᑎᖏᐃᔨᖃᓕᐅᔨᕐᓂᑦ ᓄᓕᐊᖅᓂᓪᓗ ᖃᑦᑕᔪᑦ ᐊᐅᓚᑎᒍᑦ ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᓚᖓᓕ (ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᓗᓚᖓᓕ) ᖃᐅᔨᔪᐅᔪᒪᔨᓂᐅᑦ. 300 ᔪᓕᐅᔨᕐᓂᑦ ᐊᐅᓚᑎᒍᑦ ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᓗᓂᑦ (ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᓗᓂᑦ), 18 ᔪᓚᑦᑎᒍᑦ ᐅᓄᔪᓂᒪᓂᔪᓕᐊᕕᐅᑦ ᐊᖏᔪᓂᓂᐅᓕᐅᔨᕐᖅ.

ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑕᓕᐅᔪᓂᖅ ᐋᓕᐅᑎᑲᒋᑭᑎᖃᖅᑕᖃᓂᑦᓗ

ᑕᑦᓕᓂᐅᑦ ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑕᓕᐅᔨᕐᓂᑦ ᓯᐊᓚᑎᑦᓯᓯᑎᑦᓗ ᓇᐅᓕᓂᐅᑦ ᐃᓄᑦᓕᑎᑦᓯᓯᑎᑦᓗᐊᖏᔪᒍᑎᓂᐅᑦ ᐊᐅᓚᑎᒍᑦ ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᓗᑎᓂᐅᑦ (ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᓗᑎᓂᐅᑦ). ᐊᑕᐅᑦᓯᓄᑦᓯᑎᓯᓕᑦ ᐃᓕᓴᖅᑕ ᓄᐃᖅᑑᑎᑦᓯᐅᓂᓕᕐᓂᑦ, ᐊᑭᓐᓇᒥᐊᐊᓐᓄᑦᑕᖃᖅᑕᐅᓕᕐᓂᑦ ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑐᑦ ᐱᔾᔪᐊᑐᒍᓐᓇᖅᑕᐅᓕᕐᓂᑦ.

ᓯᑕᒪᔨᔪᖏᓕᖅᑐᐊᓯᓯᑎᓂᑦ ᐋᓕᐅᑎᑲᒋᓄᑦᓯᓕᕐᓂᑦ ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑐᑦ ᐅᖃᐅᓯᓯᑕᖅᓂᑦ. ᐊᑭᓐᓇᒥᐊᐊᓐᓂᑦ ᑐᓂᓯᓯᐊᐅᖃᖅᑕᐅᓕᕐᓂᑦᓗ ᑐᑭᓯᓯᑎᑦᓯᐅᓂᖅ.

ᑲᑎᒪᓂᐊᑭᓯᖅ: ᐃᓄᓐᓯᓂ ᑐᓴᐅᒪᑎᓂᓯᓯᖅ ᖃᐅᔨᒪᔭᐅᔪᑎᒥᖅᑕᖃᓂᑐᐃᓂᑦ ᐃᓄᓐᓯᑎᒥᖅ ᐃᓄᓐᓯᓂᑦ ᐊᐅᓚᑎᒍᑦ ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᓗᑎᓂᐅᑦ."

ᑕᒪᓐᓇ ᑲᑎᒪᓂᐊᑭᓯᖅᓄᑦᑕᐅᔨᓚᐊᓂᖅ ᑕᓯᐅᔨᒪᔨᖅ, ᑲᖏᑦᓯᐊᓗᑐᑦᓯᐊᓗᒥ ᓴᓇᔨᓯᐊᓗᑐᑦᓯᐊᓗᒥᓗ 2008ᒥ ᐅᑭᐊᑦᓴᐅᑎᓐᓗᒍ. ᑐᓴᐅᑎᓂᓄᑦᓯᓕᐊᓂᖅᓂᑦ ᓂᓚᐃᓴᖅᑎᑲᒋᑦᓯᑎᓐᓗ ᑕᓯᐅᔨᒪᔨᖅ ᑲᖏᑦᓯᐊᓗᑐᑦᓯᐊᓗᒥᓗ ᓴᓇᔨᓂᓐᓗ ᐃᓄᓐᓯᑦᓯᐅᓴᓴᐅᓯᐅᑎᓐᓂᖅ. ᐅᐊᖅᓯᑎᓴᖅᑕᐅᓕᕐᓂᑦ ᐃᓕᓴᖅᑕᐅᓕᕐᓂᑦᓗ ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑐᑦ ᐊᐅᓚᑎᒍᑦ ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᓗᑎᓂᐅᑦ ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑐᑦ ᐊᐅᓚᑎᒍᑦ ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᓗᑎᓂᐅᑦ ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑐᑦ.

ᐊᐅᓚᑎᒍᑦ ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᓗᓐᓂᑦ (ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᓗᓐᓂᑦ) ᐃᔨᓪᓚᓂᐅᑦᓯᖅ

ᑕᓐᓇᐅ ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑐᑦ, ᐊᑭᓐᓂᐅ ᐱᓇᔪᐊᓚᔪᓕᐅᔨᔨᑦᑎᓂᐅᑦ ᑲᔨᔪᒍᓕᕐᓇᓕᐅᔨᕐᓗᒍᑦ. ᐃᔨᓕᐅᑎᒥ ᐱᐊᑭᑦᓯᖏᓐᓄᑦᓯᓕᖅᑎᑦ, ᐊᓪᓚᔨᔪᐃᓕᓴᐅᔪᓂᖅ ᐊᑭᔨᓪᓚᐅᓂᐊᓕᕐᓂᑦᓗ ᐃᔨᓕᐅᑎᒥ, ᐃᓇᖅᑐᓕᕐᓂᑦᓗ ᐅᓇᓱᒋᔭᐅᓂᖅ ᐃᔨᓪᓚᐅᓂᐊᓕᕐᓂᑦ. ᑕᒪᓐᓇ ᐊᐅᓚᑎᒍᑦ ᐱᑕᖃᖏᓐᓄᑦᓯᐅᓗᑎᓂᐅᑦ ᐊᑭᓐᓇᒥᐅᑐᑦ

ᑲᖏᖅᓯᐊᓗᓪᓚᐊᒥ ᐃᖅᓀᓴᖅᑕᒃ

ᐃᖅᓀᓴᕕᑎᓕᖅᓴᓪᓕ ᓄᓇᓕᒻᒧᓪᓕ ᑎᑭᓕᐅᔨᓪᓕ. ᓯᐊᖅᓇᔭᖅᑕᒃ ᓄᓕᐅᓯᓕᖅᑎᓕᐅᓕᑕᓐᓇᓂᓪᓕᒃᓴᓪᓕ ᐊᖅᖋᒍ ᑭᓯᐊᓂ, ᓄᓇᓕᐅᔨᓪᓕ ᑲᑎᖅᑕᐃᖅᑲᓐᓂᖏᓐᓇᖅᑐᓂᖅᓴᓐᓂᒃᓕᒍᓪᓕ. ᓄᓕᐅᓯᓕᖅᑎᓕᐅᑭᖅᓴᖅᓯᓪᓕ ᓯᐊᖅᓇᔭᖅᑕᒃ, ᐃᖅᓀᓴᕕᑎᓕᖅᓴᓪᓕ ᓄᖅᑎᓕᐅᓂᖅᓴᓪᓕ ᑌᓄᖅᑕ.

ᓂᖅᑭᓯᐊᑐᒍᒪᓕᐊᖅᑲᖅᓂᐅᓪᓕ ᐱᓇᓯᖅᑕᐅᓂᖅᑕ

ᓂᖅᑭᓯᐊᑐᒍᒪᓕᐊᖅᑲᖅᓂᓄᓇᓪᓕ ᐱᓇᓯᖅᑕᐅᔨᓪᓕ ᐸᖅᓯᓇᓪᓕ (ᓄᓇᓕᒻᒥ, ᑲᖏᖅᓯᓕ, ᑲᖏᖅᓯᐊᓗᓪᓚᐊᒥᓪᓗ ᐅᒥᐅᔪᖅᒥᓪᓗ ᐊᓕᖅᓂᑐᒥᓪᓗ). ᑐᖅᑎᖅᑲᓯᑎᒃ ᐃᓕᐅᑎᖅᓯᔪᓐᓇᓂᖅᑕᒃ 50ᐳᖅᓵᑎᖅᑭᓂᖅᑕᒃ ᐅᐃᖅᑭᓕ. ᐃᓕᓴᖅᓄᓇᓕ, 83ᐳᖅᓵᑎᖅᑭᓕ ᐃᓕᓴᖅ ᑲᑎᒪᓂᐊᑭᓯᓕᕆᓂᐅᔪᖅᓴᓐᓂᒃ. Vᓇᓯᓄᐃᓐᓂᓗ ᐱᓯᒪᔪᓕ, 63.5ᐳᖅᓵᑎᖅᑭᓕ ᐃᓕᐅᑎᓐᓗᓕ.

ᐃᓄᒃᔪᐊᒥ ᐅᓐᓄᕈᑕᓴᑎᑕᐅᖅᑲᖅᑕᑐᓕ

ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓕᐅᔪᖅᓂᖅ ᐃᓕᓴᖅ ᑲᒃᑲᓄᖅ (ᐱᐊᓚᖅ) ᐅᓐᓄᕈᑕᖅᑲᖅᑕᓴᓯᓯᓕᖅᑕ. ᐅᐃᖅᑭᓕ ᐃᓄᓐᓄᓇᓕᖅᑐᓂᖅᓴᓐᓂᒃᓕᒍᓪᓕ ᑲᒃᑲᓄᖅ ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓐᓂᒃ ᐊᓯᖅᓯᐅᑎᐊᖅᑕᐅᓂᖅᑕᒃ ᐊᖅᖋᒍ ᐃᓄᓐᓄᓇᓕᖅᑐᓂᖅᓴᓐᓂᒃᓕᒍᓪᓕ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓐᓂᒃ ᐃᓕᓴᖅᓄᓇᓕ ᐃᓕᓴᖅᓄᓇᓕ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓐᓂᒃ

ᑭᔪᑎᒃᓯᑦ ᓴᓗᒪᓴᖅᑕᕐᓇᐊᖅᓴᓂᒥᒃ (ᓂᖏᑦᓯᐊᓂᓪᓗ ᓂᓇᖅᑕᕐᓇᐊᖅᓴᓂᒥᒃ), ᑭᔪᑎᒥᒃ ᐊᐅᓂᕈᑎᒃᓯᑎᑦᓴᓂᒃ ᐊᑐᑦᓯᐊᕈᓐᓇᓂᒃᓯᑦ ᐃᓕᔪᐅᖅᑕᑦᑕᓂᒃᓯᓗ. ᐅᓇᑦᓯᓴᑦ ᐁᐲᐅᖅᑕᑦᑕᕐᓇᐅᔪᒪᑦᓯᔪᑦ ᒥᑭᓂᖅᑐᔭᐊᑦᓗ ᒃᒃᑲᓪ (ᐱᐊᕐᔪᑦ) ᐊᐅᓂᕈᑎᒃᓯᑎᑦᓴᓂᒃ ᑭᔪᑎᒃᓯᑦ ᐊᒥᐊᑦᑕᐅᓯᑎᒃ. ᐊᖏᒪᔪᓕᖅᑲᖏᑦ ᐃᓕᓴᕐᑕᐅᒥᑎᓕᖅᑕᓗᒥᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑲᐊᓕᓪᓗ ᐊᔾᔨᓯᐅᑎᓕᖅᑕᓗᒥᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑲᐊᓕᓪᓗ ᑭᔪᑎᒃᓯᑦ ᐊᒥᐊᑦᑕᐅᓯᑎᒃ. ᐊᖏᒪᔪᓕᖅᑲᖏᑦ ᐃᓕᓴᕐᑕᐅᒥᑎᓕᖅᑕᓗᒥᑦ ᓴᖅᓄᐃᖏᖅᑐᑦᑕᓗᒥᑦ ᐃᓄᐃᓕᖅᑐᑦᓯᓕᖅᑕᓗᒥᑦ ᐊᓂᔪᓂᖅᑐᑦᓯᓕᖅᑕᓗᒥᑦ.

ᑭᔪᑎᒃᓯᑦ ᐊᐅᓂᕈᑎᓂᓯᑐᓂᔪᑎᑦᓴᓂᑦ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᔭᐊᑎᓂᓯᖅᖏᓚᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᓴᑦᓂᔭᓂᖅᓴᑦᔪᑦ. ᐱᖅᑯᓯᑦ ᐱᑦᓯᐊᑎᐅᑎᓂᑦᓗᒥᑦ, ᐃᓄᐃᓂᓯᓂᐊᕐᓗ ᐋᑎᒃᓂᐊᕐᓗ ᑭᔪᑎᓂᒃ ᓴᓗᒪᔪᓕᖅᑲᐊᓂᒃ ᐊᐅᓂᕈᑎᒃᓯᑎᑦᓴᓂᒃ ᐊᑐᑦᓯᐊᕈᓐᓇᓂᒃᓯᑦ ᐃᓕᓴᕐᑕᐅᒥᑎᓕᖅᑕᓗᒥᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᓴᑦᓂᔭᓂᖅᓴᑦᔪᑦ ᐊᓯᐊᓂᖅᑐᑦᓯᓕᖅᑕᓗᒥᑦ ᐱᓇᓯᑦᑎᓴᑦᓂᔭᓂᖅᓴᑦᔪᑦ ᐊᑐᑦᓯᐊᕈᓐᓇᓂᒃᓯᑦ ᐃᓕᓴᕐᑕᐅᒥᑎ

ᓂᖏᑦᓴᐊᑐᐃᒪᒋᐊᖅᓂᐅᑦ ᐱᓇᓴᑦᑕᐅᓂᖅᓯ ᐅᓪᑦᓴᐃᓐᓂ

ᐅᓪᑦᓴᐃᓐᓂ ᓂᖏᐊᓪᓴᐅᔨᑦᓴᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᓂᖏᑐᐃᓐᓇᖏᓂᒃ ᐊᑦᓚᖓᔪᖅᑎᑕᐅᓚᐅᔨᕐᑦ ᓂᖏᐅᑎᕐᓴᑦ ᑎᒥᒪᒍᑦ ᐃᓴᖅᓇᓴᓇᑐᐃᓐᓂᒃ mineral, vitamin ᐊᐅᖅᑲᑦᓴᐊᓇᖅᑐᐃᓐᓂᑕ. ᓂᖏᓄᑦ ᒪᓕᒣᑦ ᐃᓕᒥᕆᐅᒪᒥᑎᓐᓂᒥᑦ ᐱᒥᐅᖅᓴᑎᑕᐅᓂᖅᑲᑎᓐᓂᑕ ᓂᖏᓴᐅᑎᑦ ᐅᓪᑦᓴᐅᓗᓐᓂᑕ. ᖁᐅᓕᔪᖅᓂᖅᑲᑎᓂᔪᓕ ᖁᓄᓐᓂᔪᐊᑎᒥᐅᓂᖅᑲᑎᓐᓂᑕ ᑕᒪᔭᒪ ᐱᓇᓴᑦᑕᐅᓂᖅᓯᒪᓐᓕᒃ.

ᐱᓇᑦᑕᐅᓂᖅᓯᒪ ᓴᖅᓯᑦᑕᐅᓂᖅᓱᓕᐅᔨᕐᖅᖁᓗ *GENUP* ᓯᓚᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᐃᓴᔨᐊᖅᓯᒪᓂ, ᐱᓇᓴᖅᑲᑎᒥᑦᓴᑦ ᑲᑎᐃᒪ ᓄᓇᓯᓚᐅᑦ, ᓄᓇᐃᒪᒥ ᓄᓇᓯᓚᐅᓂ ᑲᑦᓚᖓᒪᒃᓯ, ᓄᓇᐃᒪᒥ ᓄᓇᓯᓚᐅᓂ ᐃᓄᐃᑦᓴᐊᓂᓐᓂᒥᑦ ᐱᒥᐅᖅᓴᑎᑕᐅᓂᖅᑲᑎᓐᓂᑕ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓇᓴᑦᑕᐅᓂᖅᓯᒪᓐᓕᒃ ᐊᐅᖅᑲᑦᓴᐊᓇᖅᑐᐃᓐᓂᒃ ᐱᒥᐅᖅᓴᑎᑕᐅᓂᖅᑲᑎᓐᓂᑕ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓇᓴᑦᑕᐅᓂᖅᓯᒪᓐᓕᒃ.

ᐱᓇᑦᑕᐅᓂᖅᓯᒪ ᓴᖅᓯᑦᑕᐅᓂᖅᓱᓕᐅᔨᕐᖅᖁᓗ *GENUP* ᓯᓚᖅ ᐃᓕᓐᓂᐊᐃᓴᔨᐊᖅᓯᒪᓂ, ᐱᓇᓴᖅᑲᑎᒥᑦᓴᑦ ᑲᑎᐃᒪ ᓄᓇᓯᓚᐅᑦ, ᓄᓇᐃᒪᒥ ᓄᓇᓯᓚᐅᓂ ᐃᓄᐃᑦᓴᐊᓂᓐᓂᒥᑦ

ᒋᐧᓇ ᑐᓴᕐᓴᓕᕆᔨᓂᖅ ᓄᓇᕗᑦ ᓂᕆᑭᓯᐊᖅᑐᓴᒻᒧᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓗᓯᓕᓂᓴᒻᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓇᓐᓄᑦ. ᐅᑭᐅᒥ 2009ᒥ ᑐᓴᕐᓴᓕᕆᔨᓂᓕ ᑐᓴᕐᓴᑕᕐᑲᓕᐅᔨᖏᑦ ᒪᓂᓄᓐᓕᐅᓕᓕᕐᓂᒪᔨᓂᖅ: ᖃᐅᔨᒪᓴᐅᑎᑦᓯᐅᓕᑦ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖓᓐᓂ ᓄᓇᕗᑦᒥ, ᓂᐅᕕᐊᑦᓴᓕᐅᖏᑦᑐᑦ ᐅᐊᑭᑦᓯᒍᑎᑎᓯᖓᑦᑐᑦ ᐅᖏᓯᒥᖅ ᓂᕆᑭᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᐅᖏᓯᖓᓐᓄᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᓂᕆᑭᑐᐃᓐᓇᖏᑦᑕ, ᖃᓄᖅ ᓂᐅᕕᐊᑦᓴᐅᔪᓐᓇᒪᓇᐊᖃᖏᓐᓂᖏᑦᑐᑦ ᓂᑭᑦ, ᓯᓚᐅᓇᖏᑦᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᖏᓐᓂᒃ ᓇᑦᔨᓯᑦ, ᐊᓯᖓᑦᒥ.

ᓂᐅᕕᐊᑦᓴᓕᐅᖏᑦᑐᓄᑦ ᐅᖏᓯᒥᖅ ᐅᐊᑭᑦᓯᔨᐅᓯᒪᓇᓯᑦ ᓂᑭᑦ ᓂᐅᕕᐊᑦᓴᐊᕕᓂᑦ ᓂᓗᔨᐅᓯᓚᓗᓇᐅᓕᖏᑦᑐᓄᑦ ᓄᓇᕗᑦᒥ

ᖃᓄᐃᑦᓴᐱᑦ ? ᐃᓗᓯᓚᑦ ᖃᐅᔨᔪᖏᑦᑕᐅᓂᖃᓕᐅᔨᔪᑎᒃᓗᒋᑦ, ᓄᓇᕗᑦᒥᐅᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᐅᔨᔨᐅᓕᐅᔨᔪᖓᑦ ᐊᐅᑦᒥᔪᑦ ᐱᑕᖃᓂᔪᓓᓇᖅᑐᑦᑕ ᐊᐅᑭᑦᑐᐊᒥᐅᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓇᓐᓄᑦ ᐅᐊᑭᑦᓯᒍᑎᑎᓯᖓᑦᑐᑦ ᐅᓂᔨᐅᓯᓚᓗᓇᐅᓕᖏᑦᑐᑦ ᓂᐅᕕᐊᑦᓴᐊᕕᓂᑦ ᓂᕆᑭᓂᖅ ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖓᓐᓂᖏᑦᑐᑦ. ᑕᒪᐅᐊᐊ ᐃᓄᓕᓂᓂᖅ ᑐᓴᕐᓴᑎᓯᔨᐅᓯᒪᔨᔪᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᖃᑎᒌᖅ ᓄᓇᕗᑦᒥ ᓄᓇᕗᑦᓕᓂᓂᖅ ᐃᓗᓯᓚᓗᓇᐅᓕᖏᑦᑐᑦ ᐱᒍᑦᓂᓯᓄᑦ ᐅᖏᓯᒥᖅ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᐅᔨᒪᓴᐅᑎᑦᓯᐅᓕᑦ ᓂᕆᑭᓂᖅ ᓄᓇᕗᑦᒥ ᓄᓇᕗᑦᓕᓂᓂᖅ ᐃᓗᓯᓚᓗᓇᐅᓕᖏᑦᑐᑦ ᐱᒍᑦᓂᓯᓄᑦ ᐅᖏᓯᒥᖅ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᐅᔨᒪᓴᐅᑎᑦᓯᐅᓕᑦ ᓂᕆᑭᓂᖅ ᐅᖏᓯᒥᖅ ᐃᓄᐃᑦ ᐅᖏᓯᖓᓐᓄᑦ. ᐱᓇᓯᑦᑕᐅᓂᖓᓐᓂᖏᑦᑐᑦ ᐅᖏᓯᒥᖅ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓗᓯᓚᓗᓇᐅᓕᖏᑦᑐᑦ ᑐᓴᕐᓴᑕᕐᑲᓕᐅᔨᖏᑦ ᐅᖏᓯᒥᖅ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓗᓯᓚᓗᓇᐅᓕᖏᑦᑐ

ᐅᐱᖏᖅᓴᕐᑎᓪᓗᒍ 2008ᒥ, ᑐᓪᓕᒃᓴᒥ ᐱᓇᓱᐊᖏᑕᐅᓱᐊᓪᓚᕐᔪᖏᖅ ᖃᓄᐃᙱᖓᑐᓪᓱᐊᒍᓗᓂ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᓂᐅᑦ ᐱᓇᓱᓪᓕᑕᐅᙱᖅ. ᓂᖏᓪᓱᐊᑐᒪᒥᐊᖏᖅᑎᓂᒥᑦ ᐱᓇᓱᓪᑎ ᑲᔪᓱᑎᓪᓱᖅᑕᐅᓚᐅᔪᖏᖏᖅ ᑲᑦᓴᐊᒥ ᐅᐟᓄᖅᓱᑦ ᑲᑎᒪᓂᐊᖏᐅᓱᐊᓄᑦ. ᐱᓇᓱᖅᑎᖏᖅᓱᓱᓂᓗ ᐋᐟᓂᐊᓱᐅᖏᑎᑐᐃᐟᓇᒥᑦ ᑲᒪᓱᒥᑦ ᐊᑯᓂᖏᑐᒥᑦ ᐋᐟᓂᐊᓕᓚᓂᓂᑦ ᓴᓇᖏᖅᓴᖅᓱᓂ ᓂᐅᐃᖏᓴᐃᓂᑦ ᐊᑐᐊᐃᐱᓚᓂᐅᖏᖅᑎᑎᑦᓴᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ.

ᐃᓄᐃᑲᐊᒥ ᐃᓚᒋᑦ ᐃᑲᔪᖏᑕᐅᐃᓕᓴᖅ ᕿᖏᓂᑕᐅᑎᓪᓗᒍ ᐃᓚᐅᔪᓱᓱᔪᑦ (ᐃᓄᓚᓂᔪᐃᓕᑎᔪᑦ)

ᐃᓚᒋᑦ ᐃᑲᔪᖏᑕᐅᐃᓕᓴᖅ ᐃᓄᐃᑲᐊᒥ ᓄᐃᑕᐅᔪᓱᓚᖏᓪᓗᒍ. ᐱᓇᓱᑎᑦ ᐱᑎᐅᖏᓴᖅᑕᐅᓄᓂᓕᓴᖅ ᕿᖏᓪᓱᐊᑐᒪᒥᐊᖏᖅᑎᓂᒥᑦ ᐅᐱᖅᓴᖅᑕᐅᓚᐅᔪᖏᖏᖅ 2009ᒥ ᐱᑎᐅᖏᓴᖅᑎᑎᓄᑦᓴᖅᑎᑕᐅᓄᓂᓕᓴᖅᓗᒍ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ.

ᖃᓄᐃᙱᖓᑐᓪᓱᐊᒍᓗᖅᓂᖅ ᓂᖏᐃᓂ ᐃᑲᔪᖏᓱᓱᐊᖏᖅᑕᐅᔨᑎᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ

ᑲᑎᐱᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᖑᒪᖅᓱᒃ ᐊᐅᓕᓱᓱᐊᖏᖅᑕᐅᔨᓴᓱᓂᓂᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ. ᑕᒪᑕᒃ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᐅᔨᓴᓱᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ. ᑲᑎᐱᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᑦ ᑲᖑᒪᖅᓱᒃ ᐊᒻᒪᓗᓂ ᓄᓇᓖᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓗᓕᓴᓕᓂᓗᑦᓴᖅ ᐱᔪᓐᓇᖅᓱᓂᑦᓴᖅ ᑲᑎᒪᔨᓂᑦ ᐱᓇᓱᖅᑎᑦᓴᖅᑎᑎᓄᑦᓴᖅᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐊᔪᓕᐊᓱᐊᖏᖅᑕᐅᔨᓴᓱᓂᓂᑦ. ᐊᔪᓕᐊᓱᐊᒃᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᖅ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ ᑕᓐᖓᓐᓂᓚᓐᓇᖅ ᖃᓄᐃᙱᖓᑐᓪᓱᐊᓗᒫᓱᖅᑎᓄᖅ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᓱᐊᖏᖅᑕᐅᓚᐅᔪᖏᖏᖅ.

ᖃᓄᐃᙱᖓᑐᓪᓱᐊᒍᓗᖅᓂᖅ ᓂᖏᖄᓂ ᑲᖑᓂᑕᐅᑎᖓᓂᑕ ᐃᑲᔪᖏᑐᓪᓱᐊᖏᖅᑕᐅᔨᔪᑕᐅᓂᖓᓂᑕ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖓᓂᓂᖅ

ᓂᖏᓂᑐᓪᓱᐊᖏᒪᒥᓚᓕ ᖃᓄᐃᙱᖓᑐᓪᓱᐊᖏᖅᑕᐅᔨᓴᓱᓂᓂᑦ ᓄᑕᐅᑐᓂᑎᑕᐅᑎᓪᓗᑦ ᓂᖏᖄᓂ ᓇᓪᓕᖅ ᑲᑎᒪᔨᓂᑦ ᐱᓇᓱᖅᑎᑦᓴᖅᑎᑎᓄᑦᓴᖅᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ.

ᓂᖏᓂᑐᓪᓱᐊᒍᓗᒫᓱᖅᑎᓄᖅᓴᖅᑎᑕᐅᓄᓂᓕᓴᖅ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ

ᓂᖏᓂᑐᓪᓱᐊᒍᓗᒫᓱᖅᑎᓄᖅᓴᖅᑎᑕᐅᓄᓂᓕᓴᖅ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ

ᓂᖏᓂᑐᓪᓱᐊᒍᓗᒫᓱᖅᑎᓄᖅᓴᖅᑎᑕᐅᓄᓂᓕᓴᖅ ᖃᓄᐃᙱᖓᑐᓪᓱᐊᖏᖅᑕᐅᔨᓴᓱᓂᓂᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ

ᓂᖏᓂᑐᓪᓱᐊᒍᓗᒫᓱᖅᑎᓄᖅᓴᖅᑎᑕᐅᓄᓂᓕᓴᖅ ᖃᓄᐃᙱᖓᑐᓪᓱᐊᖏᖅᑕᐅᔨᓴᓱᓂᓂᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ

ᑕᒪᒃᓴᓂ ᐊᖏᖅᔪᒥᑦ, ᐋᓐᓂᐊᐱᐅᖏᓴᖅᑕᐅᑎᖏᖅᑐᓂᑦ ᖃᓄᐃᙱᖓᑐᖏᖅᓴᐃᖅᑐᓂᑕᐅᓚᐅᔪᖏᖏᖅ ᐊᔪᓂᐊᓱᐊᖏᖅᑕᐅᔨᓴᓱᓂᓂᑦ ᐋᓐᓂᐊᐱᐅᖏᓴᖅᑎᑎᓄᑦᓴᖅᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᖅᑭᓂᓂᑦ ᐃᓄᐃᓱᐊᖏᑎᓂᓴᓗᓂ ᐊᑭᑭᓂᓴᓂᐅᓚᓱᓄᑦᓴᓗᓂ

ᐱᓇᓱᐊᒥ ᑲᑎᓂᓪᓚᓇᖅᑲᓂᖅ

ᐅᐱᖅᑲᓴᐅᑎᑦᓄᒍ 2008ᒥ, ᐱᓇᓱᐊᓂ ᑲᑎᓂᐊᕈᓱᖅᑲᖅᑎᓱᒍᑎᑦᓴᑦ ᐸᖅᓴᕈᑕᐅᖅᑲᑦᑕᓪᓕᐅᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᖅᑲᓱᑎᒃ ᑎᒥᒃᓂᑦ ᐃᖅᓯᓴᕐᒥᒃ. ᑐᖏᓪᖅᑲᓱᑎᒃ ᖅᑲᐅᑦᓱᑎᑦᓂᓱᓂᒥᒃ ᖅᓄᑉᓴᐃᓐᓂᕐᓂᑐᐃᓐᓇᓱᒃ ᐃᓕᔪᓐᓇᖅᑐᑦᓂᒥ ᑐᖏᓪᖅᑲᓱᑎᒃ ᓇᐅᑐᐃᓐᓇᓂᒃ ᓂᖅᑭᑦᓱᐊᑐᓖᑦᑕᓪᓕᖅᑲᖅᑎᓱᒍᑎᑦᓴᑦ ᐃᖅᓯᓴᕐᓚᐅᖅᑲᖅᑎᓱᓂᓕᓪᓂᒃ. ᐊᑕᐅᔪᐊᑦᔪᑎᒃ ᖅᑎᓪᓗᐊᑭᑦᓱᖅᑲᑐᐃᓐᓇᓱᒃᓴᑦ, ᐅᒃ 2008ᒥ, ᐃᖅᓯᓴᕐᓴᐅ ᐊᐅᑦᓪᓚᐅᑦᑎᓇᒍ. ᔪᑐᓂᑦᒥ ᖅᑎᓪᓗᐊᑭᑦᓱᖅᑲᖅᑎᓱᒍᑎᑦᓴᑦᓇᐃᓂᐅᓚᓐᓇᐊᑦ, ᑕᒪᓐᓇ ᐸᖅᓴᕐᓴᐅᑦᓱᖅᑲᓂ 2009-2010ᔨᓪᓚᓴᔪᓂ ᐃᓪᓕᐅᑎᑕᐅᔪᓱᓪᓚᕐᓪᓚᓱᖅᑲᓪᓚᖅ, ᐃᖅᓯᓴᕐᓴᐅᑦᓴᐅᑦ ᐃᓂᓚᒃ ᐃᓐᓇᑕᐅᔪᓱᑕᖅᖅᑲᑦᑕᓴᑦ.

ᖅᑲᐅᓴᓴᐅᑎᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᓂᖅ – ᑐᓴᐅᒪᓴᐅᑭᐊᓗᓐᓄ

ᑐᓴᖅᑎᓱᒍᑕᐅᑭᐊᓗᓐᓂ ᐊᐧᓂᐊᐧᑕ ᖅᑲᐅᓴᓴᖅᑕᐅᓂᖅᑭᑦ ᖅᑲᐅᓴᓴᖅᑎᓄᑦ (*MADO*) ᐊᒪᒐ ᐃᑦᐱᒍᓱᒍᑕᐅᑭᐊᓗᓐᓇᖅᑲᖅᑎᓱᓂᖅ

ᐊᑦᓴᐧᐊᖅᖅᑭᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᑲᑕᓪᓕᐅᔪᓴᒍᑦ, ᐃᓪᓕᖅᑭᑦ ᑲᒃᑲᐅᓂᖅᑭᑦ (ᐅᑦᑐᑐᐅᑎᑕᑦᓱᒍᑦ, ᖅᑲᐅᓴᓴᖅᓂᖅᑲᖅ). ᒪᔪᐊ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓂᖅᑦᐸᐅᑎᓪᓗᑕᑦ:

- ᑲᔪᓱᔪᒥᒃ ᐊᑦᓪᓕᑕᐅᑎᑕᓱᖅᑲᑕᓂᖅ (ᖅᑲᐅᓴᓴᐅᔪᓴᖅᑲᑐᐊᖅᓴᒪᑦ ᓱᖅᑲᑐᐃᓯᖅᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᑎᑭᑎᑕᑦᓱᖅᑲᐃᐧᐊᓴᒪᒪᑦ ᓇᐅᑦᓪᓕᐅᑎᒃ ᐃᓗᓱᓪᓚᖅᑐᒥᒃ ᐱᓇᓱᐊᑎᓐ) ᑐᖏᓪᖅᑲᓱᑎᒃᑐᓱᔪᓂᒃ ᐋᑦᓂᐊᓂᒃ, ᓄᓪᐊᖅᓂᔪᑦ ᐁᑦᑐᑐᕈᓱᓂᒃ ᐊᒪᒐ ᐊᐅᒃᔪᑦ ᐁᑦᑐᑐᕈᓱᓂᒃ ᐃᒪᒐᓴᑐᓂᒃ ᐊᒪᒐ ᐊᐅᒃᔪᑦ ᐁᑦᑐᑐᕈᓱᔪᓚᑎᒃ ᐊᒪᒐ ᐊᐅᒃᔪᑦ ᐁᑦᑐᑐᕈᓱᔪᓚᑎᒃ ᐃᒪᒐᓴᑐᓂᒃ
- ᓴᓪᓕᑎᖅᓱᒪᓪ ᑐᑭᓱᖅᑲᑎᑦᓱᖅᓴᓕᐊᓱᒪᓪ ᓄᐃᑕᐅᓪᓚᖅᓱᒪᓪ ᑐᖏᓪᖅᑲᓱᑎᒃᑐᓱᔪᓂᒃ ᐋᑦᓂᐊᓂᒃ, ᑕᖅᖅᑭᒃ ᓱᖅᑲᑐᐃᓯᖅᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᐃᓚᖅᑲᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐃᓚᖅᑲᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ
- ᐅᓪᓕᑎᖅᓱᒪᓪ ᑐᑭᓱᖅᑲᑎᑦᓱᖅᓴᓕᐊᓱᒪᓪ ᓄᓇᕗᑦᑐᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐋᑦᓂᐊᓂᒃ, ᑕᖅᖅᑭᒃ ᓱᖅᑲᑐᐃᓯᖅᑎᑕᐅᔪᓂᒃ ᐃᓚᖅᑲᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐃᓚᖅᑲᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ
- ᓄᓇᕗᑦᑐᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐃᓚᖅᑲᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐃᓚᖅᑲᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐃᓚᖅᑲᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ
- ᓄᓇᕗᑦᑐᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐃᓚᖅᑲᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐃᓚᖅᑲᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐃᓚᖅᑲᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ

(ᑲᓐᓂᐊᓕᑦᑎᓚᓗ ᐱᓇᓕᐊᓕᖅ ᐅᑦᑐᑐᑕᐅᓕᑦ-ᑲᓐᓂᐊᑦ ᐱᓇᓕᐊᖅᑦᑕᐅᓂᖏᓐᓂᒃ, ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓕᔪᓗ ᐃᓗᓕᓴᓂᓂᖅᑎᑦ, ᑐᑭᒧᐊᖅᑎᓕᔪᓐᓇᑦ ᑲᑎᓚᔪᖅᑎᓐᓂᒃ);

- ᑭᑎᑦᓕᔪᑕᐅᓕᒪᔪᓂᒃ ᑲᑎᖅᓕᐃᓂᖅ ᖃᑎᖅᑭᓗᒪᑦᓕᐊᓂᖅᓗ ᖃᐅᔨᓴᖅᓂᓄᑦ ᐊᐱᖅᓕᑎᒥᐊᓕᒪᔪᓂᒃ ᑐᓴᖅᓕᔪᑕᐅᑭᐊᖅᑲᓕᑦ ᓄᓕᐊᖅᓄᑦ ᐅᑦᑐᑐᑕᐅᓕᓂᒃ ᑲᓐᓂᐊᑦ ᐱᑦᓗᑦ 2004ᒥᑦ 2008ᒍᑦ ᑐᓴᖅᓕᔪᑕᐅᖅᑲᑦᑕᓕᒪᔪᓂᒃ. ᑲᑎᑦᓕᑎᒃ, 236 ᐊᐱᖅᓕᑎᑦ ᑲᑎᖅᓕᑕᐅᓕᐅᔪᑦᑐᑦ ᖃᐅᖅᑭᐅᐅᑎᑦᓕᐊᓕᑎᒥᑦᓗ ᐃᓄᓕᖅᑭᓕᖅᑲᖏᓐᓂᖅᓗ-ᐅᓄᖅᓂᖅᑭᓐᓂᓗ ᑭᑎᑦᓕᔪᑕᐅᓕᒪᔪᓂᒃ ᐊᒪᓗ ᑲᓐᓂᐊᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑕᐅᓂᖅᑭᓐᓄᑦᓯᓕᖅᑲᖏᓐᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᐅᓕᒪᔪᓄᑦ ᐱᑦᓗᑦ.

- ᑲᑎᖅᓕᐃᓂᖅ ᖃᐅᖅᑭᓐᓕᐊᓕᒪᔪᓗ ᑭᑎᑦᓕᔪᑕᐅᓕᒪᔪᓄᑦ ᐊᑦᓕᓂᖅᑐᑦ *MedEcho, Mortalité*;
- ᑭᑎᑦᓕᔪᑕᐅᓕᒪᔪᓂᒃ ᐱᓇᓕᐊᖅᓂᖅ ᑐᑭᓕᐊᖅᐱᓴᓂᑦ ᐊᑦᑕᐅᖅᓂᖅᑐᓂᓗ ᑭᑎᑦᓕᔪᑕᐅᓕᒪᔪᓂᒃ ᓄᐃᑦᓕᓂᖅᓂ: ᖃᐅᑦᓂᑦ ᑲᓐᓂᐊᐃᓕᒫᖅᑐᑦᓴᖅᓂᒃᓴᓕᒪᓐᓇᑦ ᖃᐅᑦᓂᓗ ᐃᓄᐃᓐᓄᐸᑦᓕᒪᓐᓇᑦ, ᐊᓕᖅᑭᑦᓗ.

ᖃᐅᓄᖅᑭᓕᓕᐊᖅᓂᓄᑦᓯᓕᖅᑲᖏᓐᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᖅᑎᑎᑐ (ᐋᓴᐅᑎᑦ ᐱᓇᓕᐊᖅᑕᐅᓕᒪᔪᓄᑦ ᐱᓇᓕᖅᑲᑎᑎᑦᓕᓕᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᓄᓇᓕᑐᖅᑭᖅ ᖃᐅᖅᑲᖏᓐᓂᖅᓄᓕᐊᖅᑦᑕᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓕᖅᑭᐐᒥ ᐱᓇᓕᑦᑎᓐᓂᑦ)

ᐱᓇᓕᐊᖅᑲᑕᐅᖅᑲᑦᑕᓕᓕᒪ Lᓄᓂᖅᓴ:

- ᑐᑭᓕᓇᖅᑎᓕᓂᖅᓂᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑎᑎᓕᐊᖅᓂᓕᕆᓂᖅᓂᑦ ᒪᑭᑦᓕᐊᓇᐊᖅᑲᖅᓂᒥᑦᓗ (ᐊᓕᓕᖅᑭᑦᓂᑦ) ᐃᓄᐃᑦ ᑐᑭᓕᒪᔨᖅᓴᒪᑎᒍᑦ;
- ᓇᓗᓴᖅᓕᓂᖅ ᓇᑦᓕᑲᖅᑭᓂᓗ ᖃᐅᔨᓴᒪᐅᑎᑦᓴᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᖅᖅᑐᓕᐊᖅᑎᓕᖅᑲᖏᓐᓂᒃ ᐱᒍᑦᓕᓂᑕ ᑲᓇᑕᒥ ᓕᓕᒪᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᓴᐅᔪᓂᒃ;
- ᖃᓇᑕᐅᔨᑎᑎᒍᑦ ᑭᑎᑦᓕᔪᑕᐅᓕᒪᔪᓂᒃ ᑲᑎᖅᓕᐃᐸᑦᓕᓕᒫᓂᖅᑎᓕᒪᔪᓂᒃ ᐱᒍᑦᓕᐊᖅᑭᑦᓕᓕᒫᓂᑕ ᐃᓄᐃᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᓴᐅᐅᔪᓂᒃ ᑐᑭᒧᐊᖅᑐᓂᖅᑐᑦ ᓄᓇᖅᑲᖅᓴᐅᐅᔪᓂᒃ.

ᐊᓕᓕᖅᑭᑦᓂᑦ ᐱᓇᓕᑦᑕᐅᓕᒪᔪᓂᒃ

- ᐊᑐᐃᐸᓇᑦᓯᑎᓕᖅᑲᖏᓐᓂᒃ ᑭᑎᑦᓕᔪᑕᐅᓕᒪᔪᓂᒃ ᐅᐸᑭᓵᐸᓂᒃ ᐊᑦᑕᐅᖅᓂᖅᑐᓂᓗ ᐊᐱᖅᓕᑎᒥᐊᓕᒪᔪᓂᒃ ᐊᑦᓕᓂᖅᑐᑦ (*dV*ᒃ ᑕᑦᕋᖅᓯᓕᒥᐅᓂᒃ ᓴᐸᑦᑐᐊᓕ ᑲᓐᓂᐊᐊᓕᖅᑕᐅᓕᒪᔪᓂᒃ, ᑐᓕᑦᑕᐃᒃ, ᐊᓕᖅᑭᐸᓂᓗ);
- ᑲᓪᓕᑦᑕᐅᓂᖅ: ᐊᑐᐃᐸᓇᑦᓯᑎᓕᖅᑲᖏᓐᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᑭᑎᑕᐅᓕᒪᔪᓐᓇᖅᑭᐸᓂᒃ ᖃᐅᔨᓴᖅᑐᓂᓗ ᑭᑎᑕᐅᓕᒪᔪᓐᓇᖅᑭᐸᓂᒃ;
- ᑲᑎᖅᓕᐃᓂᖅᓄᑦ ᑭᑎᑦᓕᔪᑕᐅᓕᒪᔪᓂᒃ ᐱᓇᓕᔪᑎᑦᓴᖅᑭᐸᓂᒃ ᓄᓇᓕᒫᑦ ᐱᓇᓕᖅᑭᖅᑲᑦᑕᓂᑦ ᐅᐸᑭᓵᐸᓂᒃ ᐊᑦᓕᓂᖅᑐᑦ (ᐃᓕᒥᓂᐊᓕᑦᑎᓕᖅᑲᖏᓐᓂᒃ, ᐱᕈᐃᓐᓇᐊᓕᒪᔪᓂᒃ, ᐅᓕᑦᑕᓂᓂᐊᓕᒪᔪᓂᒃ, ᓄᓕᐊᖅᓂᓄᑦ ᐅᑦᑐᑐᑕᐅᓕᓂᒃ ᐊᒪᓗ ᐊᐅᓚᓄᑦ ᐅᑦᑐᑐᑕᐅᓕᓂᒃ ᐃᓕᓐᓇᖅᑐᓕᐊᖅᑎᓕᖅᑲᖏᓐᓂᒃ, ᐊᓕᖅᑭᐸᓂᓗ).

ᖃᐅᔨᓴᓂᖅ ᓇᐅᑦᓯᔭᑎᓂᓗ

ᐊᖏᔪᓂ ᐊᓂᔪᖏᑎᓂ ᑌᒪᖅᑕᑦᓯᓕᒫᒥᖅ, ᓇᐅᓕᒍᓂᖅ ᐃᓗᓯᓕᓂᓂᖏᓐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᐸᑦ ᐱᓇᓱᑎᑦᑐᑦ ᖃᐅᔨᓴᓂᖅᑕᐅᖅᑕᑦᑕᓯᒪᔾᔪᑦ ᐊᒥᓱᓂ ᖃᐅᔨᓴᓂᖅᐅᐅᔨᓂᑦ, ᒪᓕᐊ ᐱᓪᓗᑎᑦ ᓂᖅᑭᑦᓯᐊᔭᒃᓕᒥᐊᖅᖃᖅᓂᖅ, ᓯᖏᓇᖅᑐᑦ, ᐁᑦᑐᔭᑕᐅᓱᑦ ᑲᓐᓂᐊᑦ ᖃᓯᖅᑭᓪᓗ. ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓂᓚᒋᑦᓴᖅᑕᓯᐊᖅᑭᓐᓂᒥᐅᖅ ᑌᓯᒍᒪᓪᓚᑦᑐᒍᑦ, ᐊᒥᓱᓂᖅ ᐱᓇᓱᖅᑎᑦᑎᓯᓂᖅ ᖃᐅᔨᓴᓂᖅᖃᓯᕐᓂᖅ.

ᐃᓚᒥᔨᐅᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓇᓐᓂᑦ ᑲᑎᒪᓂᐊᑭᓯᓯᓄᓐᓀᓐᓂ - ᑭᓚᑐᑦᑎᖅᑦᓂᖅ

ᓇᐅᓕᒍᓂᖅ ᐃᓗᓯᓕᓂᓂᖏᓐᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᐸᑦ ᐱᓇᓱᑎᑦᑐᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦᑕᐅᖅᑕᑦᑕᓚᐅᔨᔾᔪᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓇᓐᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑎᒍᑦᑐᓐᓂᐊᓂᑦ ᑲᓇᑕᐅᑎᒍᑦ, ᐃᐯᒪᒋᐅᑎᒍᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅᑎᒍᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓇᓐᓂᑦ, ᐅᐊᓂ ᐃᓗᓯᓕᓂᓂᖏᓐᓄᑦ.

ᓄᓇᓕᒍᓂᖅ

- ᓄᓇᕕᒻᒥ ᓂᖅᑭᑦᓯᐊᔭᒃᓕᓂᒋᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐃᓗᓯᓕᓂᓂᒋᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᐱᑦ

ᑲᓇᑕᒥ ᐃᐯᒪᒋᓗ

- ᑲᓇᑕᒥᐅᓄᑦ ᑲᑎᒪᒍᑕᐅᓂᖓᓕ ᐁᑦᑐᔭᑕᐅᖅᑭᑦᓯᐊᔭᒃᓕᒥᐊᖅᖃᖅᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓇᓐᓂᑦ
- ᑲᓇᑕᒥᐅᓄᑦ ᑲᑎᒪᒍᑕᐅᓂᖓᓕ ᓇᐅᓕᒍᓂᖅ ᐃᓗᓯᓕᓂᓂᖏᓐᓄᑦ ᐃᓗᓯᓕᓂᓂᐅᑦ
- ᐃᐯᒪᒋ ᐳᓴᓪᓗᓂᖅᓂᖓᓕ ᐱᓪᓗᑎᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓂᑦ
- ᐃᐯᒪᒋ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦ ᖃᓄᐃᓂᖓᓕᒫᓇᖅᑐᖅᓂᖅ ᐱᓪᓗᑎᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓂᑦ
- ᐃᐯᒪᒋ ᖃᐅᔨᔪᐅᑎᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᓐᓂᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓇᖅᑐᑦ
- ᐱᓇᓱᖅᑎᑦᑎᔪᑎᓂᓪᓕᑦ ᐃᓄᓪᓕᓂᓂᕐᓂᖓᓕᖅᑐᖅ ᓇᐅᓕᒍᓂᖅ ᐃᓗᓯᓕᓂᓂᐅᑦ (ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓴᑦ ᑲᓇᑕᒥ)
- ᓴᔪᐅᑎᑦ ᑲᓇᑕᒥ ᐱᓇᓱᖅᑎᑦᑎᓐᓂᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓂᑦ (ᑲᓇᑕᒥ ᓄᓇᓕᑐᖏᑦ ᖃᓄᐃᓂᖓᓕᒫᓇᖅᑐᖅᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᓐᓂᒃ)
- ᖃᐅᓕᓱᓂᑦᓯᔪᑦ ᑲᑎᒪᔨᐊᕐᓂᑦ ᑕᖏᒥ ᓱᓕᔾᔪᑎᑦᑐᑦ ᐱᓇᓱᑕᐅᓂᖓᓕᒫᓂᖅ

2009-2010ᒥ ᐱᓇᓱᖏᑦᑕᐅᓪᓚᕐᓴᑦ

ᑕᖏᓐᓄᕐᑕᐅᓪᓚᖏᑦᑐᖅ ᐱᓇᓱᖏᑦᑕᐅᓗᑎᒃᓗ ᓴᓕᖏᓴᐅᓕᒫᒥ ᐊᒃᓱᓐᓇᔪᓕᕐᓂᓴᓴᑦ ᐊ ᔪᑦ (H1N1) 2009-2010ᒥ. 2008-2009ᒥ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦ ᐊᑦᑐᑕᐅᓂᖏᓕᐅᕐᓂᕐᒧᑎᓗᐊᑦ, ᖏᕐᓂᒪᑐᐊᓱᐊᖏᖅ, ᓄᓪᓕᐊᓴᖅ ᐊ (H1N1) ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᒃ ᓴᓇᓴᒪᑐᐃᓐᓇᐊᖏᖅᑎᒥᑦ. ᑌᒣᒪᑕᒪᑎᑦ ᐱᓇᓴᑎᑎᓕᒫᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᓕᒫᓐᓇᐊᖏᖅᓯᒪᓂᖅ ᐊᑦᑐᑕᐅᓂᖏᓕᐅᕐᓂᕐᒧᑎᓗᐊᑦ ᑕᒪᓐᓇ ᐊᑦᑕᓇᓴᖅ ᓄᓕᐅᕐᓂᑦ ᖃᓄᐅᔾᔨᓴᓂᐊᖏᖅᓴᓂᐅᓕᖅᑐᑦ ᐊᑦᑐᐃᑐᐃᓐᓇᐊᖏᖅᓯᒪᓂᖅ.

ᓄᓕᐅᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᓐᖏᑦᒥᒃ ᐱᓇᓱᓐᓄᐃᓕᒥ ᑕᖏᓐᓄᕐᑕᐅᓪᓚᕐᓴᑦᓯᒪᔪᑦ, 2009-2010ᒥ ᓄᑕᐅᓱᓕᖏᓴᑎᑕᐅᓴᓴᖏᑦ ᓄᓇᕗᓕᓂᐅ ᐱᓇᓱᖏᑦᑕᐅᓕᓴᖏᓐᓄᑦ ᓄᓕᐅᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᓐᖏᑦᓄᓪᓕᑦ. ᓄᑕᐅᓱᓕᖏᓴᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦᓂᓪ, ᐱᓇᓱᓐᓄᐃᓕᓴᕐᒥ ᐱᓇᓱᖏᑦᑕᐅᑭᓕᕐᓂᓂᒃ ᐊᒡᔪᑐᐃᓂᖏᓐᓇᐊᖏᖅᓴᓕᐅᓕᓴᕐᔪᑦ ᓴᑕᒪᐅᓕᖏᓐᓄᖅᑐᓕᑦ.

- ᐃᔨᓐᓇᔪᑦ ᐱᑭᖏᓐᓇᐊᖏᖅᓴᓂᑭᑦ ᑲᒃᑲᓇᑦ (ᐱᐊᓗᑦ) ᒥᑭᓂᖏᓐᓄᑦ
- ᐃᓕᓴᖏᐊᒥ ᐊᑕᐅᓴᐅᓕᑭᖅᓚᓕᒥᒃ ᑲᒪᖏᑎᑎᒋᔭᓂᖅ
- ᓄᓕᐅᑦ ᐱᑭᖏᕐᕕᓕᐅᓂᖏᓚ
- ᓄᓕᐅᓕᓴᓂ ᓂᖏᑭ ᐱᓐᓄᔪᒍ ᒪᓕᒪᖏᖅ

ᓄᓕᐅᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᓐᖏᑦᒥ ᐱᓇᓱᓐᓄᐃᒥ ᐱᓇᓱᓐᑎᑦ ᑎᓕᔭᐅᒪᓕᐅᑎᓂᓐᖏᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᕐᓇᖅᓴᓐᓄᑦ ᒪᓕᓐᓄᑎᒃ ᓄᕐᓕᐅᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᓐᖏᑦᓄᓪᓕᑦ ᒪᓕᒪᖏᑦᒥᒃ. ᑭᓱᐊᓂᓕ, 2008-2009ᒥ ᔪᖅᖅᓚᐅᕐᓴᕐᓚᔪᓱᓕᖏᑦ ᓴᓇᓴᒪᑐᐃᓐᓇᐊᖏᖅᓴᓕᐅᓕᓴᕐᔪᑦ ᑕᖏᓐᓄᕐᑕᐅᓪᓚᕐᓴᑦᓯᒪᔪᑦ ᐊᑦᑎᔨᓇᖅᓴᓂᐅᓕᖅ. ᐅᑦᑐᕆᐅᑎᖅᑭᓇᔪᖅᓚᓂᒃ ᐸᓇᓴᖅᖏᓐᓄᐃᓕᓴᕐᓂᓐᖏᑦᓄᓪᓕᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᓐᖏᑦᓄᓪᓕᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦ (ᐱᓇᓱᖅᑎᑎᓕᒥ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓪᓚᓇᔨᐊᑎᖅᑭᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᓴᖅᑭᓂᓗ ᐱᓇᓱᓐᓄᐃᓕᓴᕐᒥᒃ ᐊᒡᒪᓗ ᐸᓐᓄᓂᓐᓄᑦᓂᓪ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦᓂᓪ ᐱᓇᓱᓐᓄᐃᓕᓴᕐᒥᒃ) ᐅᓇᓱᓂᖏᓐᓂᓗ ᑲᑎᒪᔨᓱᓪᓚᕐᓂᑎᒃ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᐅᓴᓱᓚᓂᖅ. ᑕᒪᒃᓄᐊ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᐅᑭᓱᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᓱᓪᓚᕐᓂᑎᒃᑕᕐᓂᖅ.

ᓴᓂᓗ, ᔫᖅᖅᓚᐱᓂᐅᖏᓴᓂᒪᓕᕐᓂᖏᑦᒥ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᓂᖏᓐᓄᖅ, ᓄᓕᐅᓕᒥ ᐱᓯᓂᓂᐊᕐᓇᐅᑭᓕᕐᓂᖅ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓕᕐᓂᐅᑎᓐᓄᑐᒍ, ᑕᖏᓐᓄᕐᑕᐅᓪᓚᖏᑦᑐᖅ ᐃᓕᓴᕐᓂᓐᖏᑦᓄᓪᓕᐅᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦᓂᓪ ᐃᓄᐃᑦ ᓴᐅᑎᖅᑭᓇᔪᖅᓚᓂᒃᑕᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑭᑦᑐᖅ ᓴᓇᓴᒪᑐᐃᓐᓇᐊᖏᖅᓴᓕᐅᓕᓴᕐᔪᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᓴᐅᑎᖅᑭᓇᔪᖅᓚᓂᒃᑕᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦ. ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᐅᓂᒃ ᑕᒥᓐᓄᑦ ᓄᓕᐅᓕᒥ ᓴᓇᓴᒪᑐᐃᓐᓇᐊᖏᖅᓴᓕᐅᓕᓴᕐᔪᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦᓂᓪ ᐃᓄᐃᑦ ᓴᐅᑎᖅᑭᓇᔪᖅᓚᓂᒃᑕᓂᒃᓂᓪ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦᓂᓪ ᐃᓄᐃᑦ ᓴᐅᑎᖅᑭᓇᔪᖅᓚᓂᒃᑕᓂᒃᓂᓪ ᐱᓇᓱᓐᓄᐃᓕᓴᕐᒥᒃ) ᐃᓄᐃᑦ ᓴᐅᑎᖅᑭᓇᔪᖅᓚᓂᒃᑕᓂᒃᓂᓪ ᐱᓇᓱᐊᖏᖅᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦᓂᓪ ᐱᓇᓱᓐᓄᐃᓕᓴᕐᒥᒃ ᐊᒡᒪᓗ

ᓂᖏᑦᓭᐊᕐᒪᒋᐊᖅᑐᓂᒃᑯᓗᒃ ᑲᒪᔨᓴᕐᓗᒍ, ᐊᑦᓴᑭᑎᖅᑲᓭᒪᔪᒍᑦ ᖃᐅᔨᒋᐊᖅᓯᐊᖅᑕᓂᒃᑯᓗᒃ ᓄᓇᓕᓂᐅ ᐱᓇᓱᖅᑎᑎᓭᑎᓂᒃ ᖁᓕᔪᑎᖅᑲᓇᖅᑐᑦᑕ ᐃᓚᒋᑦᐅᐅᒋᐊᖅᑕᓂᖅᓯᓂᒃ ᓄᓇᓕᓂᐅ ᓂᖏᐹᓕᖅᓭᓱᓂᐅ ᒪᓕᒐᕐ.

ᐃᓄᐃᑦ ᐱᒻᒪᓴᒍᑎᖅᑕᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓇᓱᐊᕐᖅᑕᑦ

ᑐᑭᒍᐊᖅᑎᓯᔨᐅᑦ ᐅᖅᑲᐅᓯᕐᓴᖅᑕᑦ



2008-2009ᒥ ᑭᓇᐅᔨᖅᑐᓂᖅᓱᓄᑦ ᐊᖏᖅᔪᒥ ᐅᕐᔪᓚᓇᖅᔨᐅᓇᐅᔪᖅᖅ. ᓄᓇᕐᒧᒍᓱᓚᐅᔨᓴᖅᖅᓭᖅ ᑕᖅᑭᓂ ᐊᐱᖅᑐᑦ ᐊᓯᔾᔨᖅᑐᓂᖅᓱᓄᑦ, ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᐊᑐᖅᑐᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᒻᒪᓴᒍᑎᖅᑕᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐱᖅᑐᖅᑕᑦ ᐊᓯᔾᔨᖅᑐᓂᖅᓱᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐱᖅᑐᖅᑕᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᒻᒪᓴᒍᑎᖅᑕᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐱᖅᑐᖅᑕᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᐱᖅᑐᖅᑕᑦ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᒻᒪᓴᒍᑎ

ᐃᓄᐃᑦ ᐱᒻᒪᓕᒃᑯᑎᖅᑐᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐱᓕᕆᔨᖅᑐᑦ ᐱᓕᕆᓂᖅ ᐱᓕᕆᑦᑎᐊᓂ ᐊᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᐊᓂ ᓄᓇᕗᒻᒥᐅᑦ ᐱᒻᒪᓕᒃᑯᑎᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ, 2009-2010ᒥᑦ ᐱᓕᕆᔨᒃᑯᐊᕐᑎᑐᑦ ᑲᔪᕆᓂᖃᑎᒌᑦ ᖃᐅᔨᓴᖃᑎᒌᑦ.

ᓪᓚᕆ ᒥᔨᕆ

ᐃᖏᓕᑦᑭᓂᖅ



ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᖏᓕᑦᑭᓂᖅᑎᑦ ᐱᓇᓕᖅᑎᑭᔪᑎᓐᓂᑦ ᐊᓕᑦᔨᑕᐊᖏᑦᑕᐅᓂᖅᑲᓇᐅᔪᖓᑦ. ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᖏᓕᑦᑭᓂᖅ ᑲᔪᓕᔨᐅᑦᓕᐊᒪᖅᑎᒍᑦ ᐃᖏᐱᒍᑦᓕᕐᑎᑲᐅᑎᖅ. ᐃᓕᐅᔪᖏᓂᖅᓴᓕᑎᖅ ᐅᓐᓂᐊᕐᓇᖅ ᑕᒪᑎᑦ ᐃᖏᓕᑦᓕᐊᕐᓂᖅ ᑭᒃᑯᑦᑐᓂᖅ ᐊᒪᓂᔨᓂᖅ ᐅᓐᓂᐊᕐᓇᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᓕᓐᓂᒃ ᐃᓗᓕᓕᐅᓂᖅ ᐱᒻᒪᑐᑦᑐᓂᖅ, ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᓂᓗ ᐅᓐᓂᐊᕐᓇᖅ ᐃᓕᐅᔪᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓕᓕᐅᓂᖅᑎᑦ ᐊᒪᓂᔨᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᓂᓗ ᐃᓕᐅᔪᓂᖅ. ᐃᓚᖓᓕᔨᑦ ᐊᓕᖅᑎᓂᓗ ᖃᖅᖃᓕᕐᔪᐊᓕᕐᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᐅᑎᓕᕐᓂᖅᑐᑦᑎᓐᓂᒃᑯᑦᑎᓐᓂᒃᑲᓇᑕᑦᑎᓐᓂᒃᑲᓇᑕᑦᑎᓐᓂᒃᑲᓇᑕ

ᓂᕆᑦᓯᒥ, ᓄᓇᕗᓂ ᖃᓄᐃᑦ ᓂᕆᑦᓯᒥ ᐊᖏᑕᐸᒪᑕᐊᒥᒃ ᐸᖅᑐᓂᒪᖅᑲᓇᑕᐅᔪᓂᖅᓯᒪᔪᒃ, ᐱᐊᖅᓴᐅᓇᐊᓕᕆᔨᒥᒃ, ᐊᐸᑐᓇᐊᖅᓂᑯᓐᓇᖅᓯᒪᓂᓇ ᓄᓇᕗᑦᓂᓇ ᑕᒪᐃᓂ ᐱᓇᓂᕆᔨᓂᒃ ᐃᓚᐅᖅᓴᖅᓯᓂᑯᓐᓇᖅᓯᒪᓂᖅ, ᑐᐸᑕᐃᓚᓕᑲᔪᖅᓂ ᐃᓕᓴᐅᖅᑎᑕᐅᖅᓯᑕᕐᓂᒪᓕᒫᓂᖅᓂᒃ ᓄᓇᕗᑦᓂᓇ ᐊᑐᓂᓇ ᑭᐅᓂᖅᓂᓇ ᑲᑎᒪᔨᐅᑎᖅᓴᑎᓇᓕᑦ. ᐅᒪᐃᒪᓕᑦ, ᓕᖅᑭᐱᓂᕆᔨᒃ ᑲᑎᒪᓂᖅᓴᓕᕆᔨᖅᓂᑦ, ᐊᑕᐅᔪᓂᕆᔨᒃ ᐃᓄᐃᑦᓯᐊᓂᑦᓇ ᔪᓐᓇᒥᑦ ᐅᖃᖅᖢᓂᑦ.

ᑭᓚᑐᖅᑕᐅᔪᐊᖅᔪᓂᕆᑦᓯᒥᑦ, ᖃᓄᖅᑭᐅᓂᖅᑭᑦ ᓄᓇᕗᒪᒥᐅᑦ ᐃᓕᓴᐅᖅᑎᑕᐅᖅᓴᖅᑕᕐᓂᒪᓕᒫᓂᖅᓂᒃ ᑐᓴᖅᓴᐱᐅᓕᖅᑐᑎᓇᓕᕆᔨᖅᓂᑦ. ᑭᓚᐅᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓂᑦ ᑭᓚᑐᖅᑕᐅᖅᓴᖅᓯᑎᓇᓕᑦ ᑕᒪᓕᒫᓂᒃ, ᓄᓇᕗᑭᓂᖅᓴᓇᓂᓇ ᓂᕆᑦᓯᒥᒃ ᑭᓚᑐᖅᑕᐅᖅᓴᖅᓯᑎᓇᓕᑦ, ᐱᖓᓚᓂᓂᓇᓂᒃᓂᒃ. ᑲᑎᒪᓂᖅᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓯᒪᔪᒃ ᐅᑦᓇᓂᒃ ᒪᑦᑭᓂᒃ ᑐᐸᑕᐃᐅᑦᓂᓇᓂᕆᔨᓂᓇ ᓂᓇᓂᒃ ᑭᖖᐹᒪᑦᓂᓇᓂᕆᔨᒃᑕ ᕿᑦᓂᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦ.

ᑕᒪᑕᒪ, ᑐᓴᖅᑎᓂᓂᐅᑦᑐᖅᓴᖅᑐᖖᓂᒃ ᓂᓇᓂᒃ ᑭᖖᐹᒪᑦᓂᓕᕆᔨᑕᕐᓂᒪᓕᒫᓂᖅᓂᒃ ᐊᑕᐅᓂᐅᑦᑎᑐᓂᒃ ᑲᑎᒪᓂᖅᑲᑦᑕᐅᓂᖅᓯᒪᔪᒃ ᑭᓴᐅᑎᖅᑕᐅᓂᖅᓯᒪᔪᒃ ᐱᓇᓕᒃ ᑐᐸᑕᐃᐅᑦᓂᓇᓂᕆᔨᒃᑕ ᐊᑕᐅᓂᐅᑦᑎᑐᓂᒃ

ᐃᓕᓴᕐᓂᑦ ᕿᑎᖅᑕᐅᕈᐊᖅᑎᓂᖅᑐᑦ ᐱᒋᔪᑎᑭᔾᔪᑎᖃᓕᕐᔪᖅᓯᒪᓂᖅ. ᓄᓇᕗᒻᒥᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ ᐱᖃᑦᓴᐳᖅᑎᑦᓯᒪᓕᕐᔪᒪᓂᖅ ᐃᓕᓴᐃᑎᑦᓴᓕᕐᓂᖅᓯᐅᑎᖅᓯᓂᖅ ᐱᒋᐅᖅᓴᑎᑦᑕᐅᔪᓐᓇᖅᓯᐅᑎᖅᓯᓂᖅ ᐃᓕᓴᐃᑎᑦᓴᓕᕐᓂ

ᐃᓕᓴᕐᓂᖅ ᐃᓚᖅᑕᕆᔨᓴᕐᓂᖅ

ᐃᓕᓴᕐᓂᖅ ᐃᓚᖅᑕᕆᔨᓴᓕᖅ ᐃᓕᓴᕐᓯᓴᖅ ᓯᕗᕐᕕᓪᓗᒃ ᐃᓕᓴᐳᑎᑦᑕᕆᔨᓴᖅᑕᑦᑎᓪᓗᑎᑦ, ᐊᑕᐅᓴᕐᕕᓪᓗᒃ ᐳᕐᓂᕐᔪᑎᑦ ᐊᓯᔪᓗ ᐊᑕᐅᓴᕐᕕᓪᓗᒃ ᔮᖅᑭᓪᓗᒃ. ᐃᓕᓴᖅ ᓄᓇᑦᑎᐅᓪᓗᒃ ᐃᓕᓴᐸᓐᓇᖅᑐᑦᓯᓕᒡᓕᑦᓯᒪᓕᖅ. ᑌᐃᒃ ᐃᓚᖅᑕᕆᔨᓴᓂ ᑭᓇᐅᔪᖅᑐᓴᖅᓯᐅᑦᓴᖅᑐᓴᖅᓯᒪᓕᕐᓴᖅᑎᓕᖅ ᐃᓕᓴᖅ ᐊᑎᓂᓴᖅᑐᑦᓯᓕᒡᓕᑦᓯᒪᓕᖅ.

ᐃᓕᓴᕐᓯᓴᖅ ᐃᓕᓴᖅᑕᕆᔨᓴᖅᑕᑦᑎᓪᓗᑎᑦ ᓱᑕᒪᐅᔨᓴᖅᖢᖅᑎᑦᓴᖅᑐᒃ ᐅᖅᓗᑐᖅᓴᖅᑎᓪᓗᒃ ᐱᒃᓯᓱᐊᓚᓐᓇᓐᓂᐅᔪᓐᓇᖅᑐᒃ. ᐃᓄᒃ ᐱᓇᓱᑎᑕ ᐃᓕᓴᖅᑐᖅᓴᖅᑎᓕᖅᑕᕆᔨᓴᖅᑕᑦᑎᓪᓗᒋ ᑲᔨᓱᑎᑕᑦᓯᓕᒡᓕᑦᓯᒪᓕᖅᑐᒃ ᐃᓕᓴᖅ ᑭᑐᖅᑕᕆᔨᓴᖅᑕᑦᑎᓪᓗᒋ ᐃᓕᓴᖅᑐᖅᓴᖅᑎᓕᖅᑕᕆᔨᓴᖅᑕᑦᑎᓪᓗᑎᑦ. ᐃᓕᓴᖅ ᐊᑐᖅᑕᕆᔨᓴᖅᑕᑦᑎᓪᓗᑎᑦ ᐃᓕᓴᖅᑐᖅᓴᖅᑎᓕ

ᑕᒪᑐᒪ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦ, ᑭᓇᐅᔨᖅᑎᓂᑕᐅᓱᒍᑐᑦ ᓄᓇᓕᑐᖅᑭᑦ ᐊᓂᑦ, ᐅᓴᐅᓕ ᐊᒃᓕᑦ ᐃᓄᐃᑦᓕ ᓄᓇᓕᖅᑭᑦ.

ᓄᓇᓕᑐᖅᑭᑦ ᖃᓄᐃᙱᖅᑭᓱᓇᐊᖅᖃᓂᒋᓕᙱᓚᐅᖅ ᐱᓇᓱᐊᕈᑎᓕᕆᓂᖅᑭᑦ ᑭᓇᐅᔨᖅᑐᑦ

ᓄᓇᓕᑐᖅᑭᑦ ᖃᓄᐃᙱᖅᑭᓱᓇᐊᖅᖃᓂᒋᓕᙱᓚᐅᖅ ᐱᓇᓱᐊᕈᑎᓕᕆᓂᖅᑭᑦ ᑭᓇᐅᔨᖅᑐᑦ ᑕᕆᐅᔪᓐᓇ ᐱᖓᓱᓐᓂᖅ ᐱᒋᐊᖅᑎᑎᑕᐅᔪᓐᓇᕐᓂᖅ ᑲᓇᑕᑦ ᖃᓄᐃᙱᖅᑭᓱᓇᐊᖅᖃᓂᒋᓕᙱᓚᐅᖅ ᐱᓇᓱᐊᕈᑎᓕᕆᓂᖅᑭᑦ:

- ᑭᓇᐅᔨᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᕈᑎᓕᕆᓂᖅᑭᑦ ᐱᐅᔪᓱᐊᕐᑕᐅᔪᓱᐊᖅᖃᓄᖅᓯᓂᖅ ᔪᐯᒡᒥ/ᓄᓇᖃᖅᓯᐱᐅᓴᓂᒃᓗ ᖃᓄᐃᙱᖅᑭᓱᓇᐊᖅᖃᖅᓯᒪᑦ ᐱᓇᓴᑕᐅᓴᕐᓂᓂᖅ ᓄᓇᓕᑐᖅᑭᑦ ᑭᓴᖅᔭᕐᓂᖅᑕᐅᓂᒃᑯᑦ, ᐱᒍᑦᔨᐅᖅᑕᐅᒡᒥᑕᓐᓂᒃᑯᑦ ᖃᓄᖅᓱᓕᒃᑯᑦ ᓄᓇᖃᖅᓯᐱᐅᓴᓂᒃᓗ ᐊᓂᑦ ᐊᒃᓕᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᐊᖏᓚᐅᖅᑎᑦᓯᓂᖅᑭᑦ ᐊᓂᑦ ᓄᓇᓕᖅᑭᑦ;

- ᑭᓇᐅᔨᖅᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐᔪᐊᕈᑎᓕᕆᓂᖅᑭᑦ ᐱᐅᔪᓱᐊᕐᑕᐅᔪᓱᐊᖅᖃᓄᖅᓯᓂᖅ ᐊᑕᐅᑦᔪᓄᑦᔪᓱᐅᔨᖅᓱᓂᐅᑦ ᐊᑕᐅᔪᐅᓕᖅᑭᖅᓱᓂᑕᓗ ᔪᐯᒡᒥ/ ᓄᓇᖅᓱᐃᐅᔨᓂᓗ ᖃᓄᐃᙱᖅᑭᓱᓇᐊᖅᖃᓕᓚᓂᑦ ᐊᓂᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᓱᐊᖅᑐᑦ ᑭᑦᓯᐊᓂᖅᑭᑦ ᓄᓇᓕᖅᑭᑦ ᐊᓂᑦ ᓄᓇᖅᓯᓂᓂ (ᑲᑎᒪᔨᖅᓱᔪᓄᑦ ᑭᑦᓯᐊᓂᖅᑕᐅᔪᓱᐊᓂᖅ).

- ᑲᓇᑕᓕᒻᒧᓕᖅᓱᑦ ᑭᑦᓯᐊᓂᑦ ᐃᑲᔪᖅᓯᐊᓂᖅᓱᑦ ᐊᐅᓕᑦᔪᓂᖅᑭᖅᑕᐅᓂᒃᑯᑦ, ᐃᓅᖅᑲᑎᒪᑦᑕᐅᓂᒃᑯᑦ, ᓄᓇᓕᑐᖅᑲᑎᒪᑦᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᐊᓂᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᐊᖏᓚᐅᖅᑎᑦᓯᓂᖅᑭᑦ ᐊᐅᓕᑦᔪᓂᖅᑭᖅᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᓄᓇᓕᑐᖅᑲᑎᒪᑦᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᑭᓴᖅᔭᕐᓂᖅᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᓄᓇᖅᓯᐱᐅᓴᓂᒃᓗ, ᑲᓇᑕᐅᒥᐅᓗᒃ ᐊᑕᐅᓯᐊᓂᖅᑭᑦ ᓄᓇᓕᑐᖅᑭᑦ ᐊᓂᑦ ᓄᓇᖅᓯᐱᐅᓴᓂᒃᓗ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᐃᓅᓪᓗᖅᑲᑎᒪᑦᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᓄᓇᓕᑐᖅᑲᑎᒪᑦᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᐃᓅᓪᓗᖅᑲᑎᒪᑦᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑕᐅᓂᒃᑯᑦ.

ᓄᓇᓕᑐᖅᑭᑦ ᖃᓄᐃᙱᖅᑭᓱᓇᐊᖅᖃᓂᒋᓕᙱᓚᐅᖅᓯᒋᐊᖅᑐᑦ ᐊᑕᐅᓯᑎᓴᓯᐅᓂᖅᓗᑦ ᐊᑕᐅᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔨᓕᕆᓂᖅᓄᑦ, ᓄᓇᓕᑐᖅᑭᑦ ᖃᓄᐃᙱᖅᑭᓱᓇᐊᖅᖃᓂᒋᓕᙱᓚᐅᖅ ᐊᑕᐅᓯᐊᓂᖅᑭᑦ ᑭᑦᓯᐊᓂᖅᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᐅᓴᐅᓕ 2005-2006ᒥ. ᑭᑦᓯᐊᓂᖅᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᑕᐃᒪᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᐊᑕᐅᓯᐊᓂᖅᑭᑦ ᐃᓅᓪᓗᖅᑲᑎᒪᑦᑕᐅᓂᒃᑯᑦ ᐊᑕᐅᓯᐊᓂᖅᑭᑦ ᓄᓇᓕᑐᖅᑭᑦ ᐃᓅᓪᓗᖅᑲᑎᒪᑦᑕᐅᓂᒃᑯ

ጋϛናበዖϽሰᶜ ᐊᖃᓕᖃᓕϷናᓂᒍᓕᒃᑕᐊᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦᓴᑦ ᐱᓪᓗᒋᑦ

"ᐊᖃᓕᖃᓕϷናᖅበቦϽሰናᖅᓂᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐱᐅᓱጋᖅᖃᓕበϽᑦ ᓇᓪᓕᐅᓂᓱᐅᑭᓱᓕበϽᑦᓗ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᒃᑕ"

ᐊᖃᓕᖃᓕϷናበᓱᓂᑦϽᑦ ᖃበLᓂᐊᑭᓱᑦ

ጋᖅᓚᓕᐊᓂᒃ ᖃበLᓂᐊᑭᓱᖅᖃናᐅᓱLᓕᓴጋᑦ ᓄᓇᓵᑦ ᐅϽᐊ 2008-09Γ:

ᐃᓄᒃᓱᐊᒥ: ᓱᑦበᒪᐸ 22-27, 2008
ᖃϽᐊᖅCΓ: ᓄᐃᒪᐸ 3-8, 2008
ᐅΓᐅᔨᖅΓ: በᓱᒪᐸ 8-13, 2008
ᐊϽᓕᐃᒪΓ: ᓴᓄᐊᓗ 26-31, 2009
ᓴᑦጋᓂ: ᐃᑦᓱ 2-7, 2009

ᑭᖅᑐᓕᐸᐅᓕᖅᑐᑦ ᓄᓇᓵᑦ ∇ᐃᐅΓᐊᖅᑲᓇᖅᑭᓰᓗᑐᑦ 2009-2010Γ:

- ᖃᖅᑎᖅᓱᖅ
- ᖃᖅᑎᖅᓱᓱᐊᖅ
- ᑕᓱᐅᔨᖅ
- ᐊᐅᐸᓗᒃ

Ṗᓇᐅᔨᖅᖃᖅበᑕᐅᔪበᑦᓴᑦ

ᐊᖅᐃᑕᖅᓂᑦ ᐃᓱᓕᓯᓕᖅᑐᑦ ᐃᑦᓱ 31, 2010Γ, Ṗᓇᐅᔪᖅᑦ ᓄᓇᓕᑐᖅᖁᑦ ᒪΓᓴᑎበᑦᓴᓗᓂᐊᖅᑕᖅᑭᓂᓕᑦ Ṗᓇᐅᔨᓂᑦ ᐱᓱᒪᓯᑦ ᓄᖅᔪᓯᓕᖅᒪC Uᑲᓂ ᐅᑦᓗΓ. Ṗᓇᐅᔨᖅᖃናᓱᖅᑦᑕᓂᐊᖅᑐᒍᓗᐊᑦ ᒪΓᓴᖅᐃᓂᒃ ᐊᖅᖁᔨᓂᒃ ᒪᖅᑎᐅᐊᑦᓯᓂ ᑭᓱᓕᐊᓂ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᔪᑦᓴᑦ ᒪΓᓴᖅᓂᒍᑦ ᐃᑦᓱ 2010 ᑭᖅᔪᓂᖅᒪᔪᑦ Ṗᓇᐅᔨᖅᔪᑭበᑦᓴᖅᖃበᑕᐅᖅᑲᖃᑦᑕᓯᑭᓂᓚᑐᑦ.

ᐊᐅᓂ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᓂᓚᑎᐊᓕᓴᖅᑦᑕ

ᐊᖅᐅᑎᐊᖅᑎᓱᓂᒃ ᐊᐅᓂ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᐅᑎᐊᖅᑲᓱᒍᑐᒃ. ᐃᓅᓱᑦᖃᓕᓱᓱᑕ ᖃᑦᓕᓇᓯᑦ ᐃᓄᐃᑦᓗ ᑕᑭᓇᖅᑲ ᐊᖅᖁᑦᑭᔪበᑦᓴᓂᒃ ᖃᑦᓴᔪᓂᑦᓴᓂᐅᑦ, ᐊᖅᐅᑎᐊᖅᑎᓱᓂᐅᑦ ᐊᐃᑦᔪበᑎᓱᐅᔪᑭᓇᓕᖅᓴᖅᑲᒪ ᑕᔪᓇᑕᐅᓂᖃᖅᖅᑎᓕᐊᖅᓴᑦ. ᐃᑎᐊᓕᓗᑎᒃ ᐊᖅᖁᓇᓕᓂᓗ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᒃ, ᐊᖅᐅᑎᐊᖅᑎᓱᓂᒃ ᐊᑐበᓱᐅᑲᑦᓕᐊᓕUᓇᔪᖅᒪ.

ᓱᑭᐊᒍᓕᓄᐊᖅ, ᑭᓇᐅᔭᑦ ᐊᖅᖢᑎᐊᖅᑭᔪᖅᓂᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᑭᑎᑦᓴᑦ, ᓄᓇᕗᒻᒥ ᖃᓄᐅᔪᓐᓇ ᓄᓇᕐᓂ ᐊᖅᖢᑎᐊᖅᑭᔪᖅᓂᐅᔨᕐᓴᓂᒃ ᐃᓱᓕᓂᖏᓐᓇᒥᑦᓴᒥᑕ ᐊᖏᕐᒧᒍ ᐃᓱᓕᓕᐅᔪᓐᓇᐃᔪᓐᓂᑦ.

ᐊᖅᖢᑎᐊᖅᑭᔪᖅᓂᒍᑦ ᑲᑎᒪᓂᐊᕐᓱᐅᐅᔨᕐᑐᑦ ᐃᓄᒻᒪᓚᓐᓄᑦ ᐅᐃᖅᑲᓐᓂᖅ ᑐᐃᓐᓇᖅᑐᑦ ᐅᑭᐅᔪᑎᐅᓕᐅᔪᕈᕐᕿᑦ ᐊᕐᕌᒍᑦᑐᓂᒃ, ᒪᓕᐊ ᐅᑦᑐᕐᑎᐅᑎᕐᓱᕐᑐᑦ:

- ᓴᓪᓕᖅᑲᓚᐅᐅᓂᖅ ᐅᐃᓚᓱᒪᓂᕐᒧᑦ ᑎᑭᐅᑎᒧᑐᑎᔪᓐᓇᓕᒃ, ᐃᓪᓕᑭᑎᒧᑦ ᐱᓕᑲᐅᑎᓂᕐᒧᑦ, ᐃᓪᓕᑦᓱᓱᒧᓐᓇᖅᑭᓂᒧᑦ, ᐃᑲᔪᕐᑎᓴᑦᓂᑉᓗᓂᕐᒥᑕ ᐃᓪᓕᑦᓱᒧᑦᑐᓱᓂ, ᐃᓅᖅᑎᑎᑭᑕᒧᑦ ᐱᓕᑲᐅᑎᓂᕐᒧᑦ.
- ᐱᓐᓴᓕᑦᑐᔪᑦ ᓄᐃᖅᑦᑐᑐᑦ ᓄᓇᕐᓂ ᐊᑦᓱᑭᓐᓇᐃᓅᖅᑦᑐᑦᑐᓕᒃᑐᓂ ᔪᓄᐊᖅᓯᓚᓇᑦᑐᓕᖅᑐᓂᒧᑦ ᓴᓪᓕᖅᑲᓚᐅᐅᓂᖅ.
- ᐱᒪᓚᓇᐅᒥᐊᖅᓯᓂᒃ ᑐᑭᓱᓚᐅᑦ ᑭᖑᔪᓐᓇᖅ ᓱᑦᕿᑕᐅᓱᒪᑕᐅᔪᓐᓇᕈᓐᖏᓚᓂᒃ ᐱᐊᕿᑦᓂᐊᑕᐅᓱᓚᐅᑦ ᓂᕐᖏᓚᐅᓚᐅᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓴᑕᐅᔪᓂᒃ ᐊᑦᑭᑦᑭᓱᐊᕐᑐᓂᖅᓯᓚᓇᑦᑐᓂᒃ.
- ᐱᒪᓚᓇᐅᒥᐊᖅᓯᓂᒃ ᑐᑭᓱᓚᐅᑦ ᑭᖑᔪᓐᓇᖅ ᓱᑦᕿᑕᐅᓱᒪᑕᐅᔪᓐᓇᕈᓐᖏᓚᓂᒃ ᐊᐊᕿᑦᓂᐊᑕᐅᓱᓚᐅᑦ ᓂᕐᖏᓚᐅᓚᐅᑦᑐᓂᒃ ᐃᓪᓕᑭᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓴᑕᐅᔪᓂᒃ ᐋᑦᑦᑭᓱᐊᕐᑐᓂᖅᓯᓚᓇᑦᑐᓂᒃ.
- ᒥᑭᔪᖅᑭᓴᓂᒃ ᑐᑭᓱᓚᐅᑦ ᑭᖑᔪᓐᓇᖅ ᓱᑦᕿᑕᐅᓱᒪᑕᐅᔪᓐᓇᕈᓐᖏᓚᓂᒃ ᐅᓪᓗᓱᓚᐅᑦᑐᓂᒃ ᐃᓪᓕᑭᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓴᑕᐅᔪᓂᒃ ᐋᑦᑦᑭᓱᐊᕐᑐᓂᖅᓯᓚᓇᑦᑐᓂᒃ.
- ᐱᒪᓚᓇᐅᒥᐊᖅᓯᓂᒃ ᑐᑭᓱᓚᐅᑦ ᑭᖑᔪᓐᓇᖅ ᓱᑦᕿᑕᐅᓱᒪᑕᐅᔪᓐᓇᕈᓐᖏᓚᓂᒃ ᐊᐊᕿᑦᓂᐊᑕᐅᓱᓚᐅᑦ ᓂᕐᖏᓚᐅᓚᐅᑦᑐᓂᒃ ᑕᐅᐅᓱᐅᑦᑎᑐᓂᒃ ᐃᓪᓕᑭᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓴᑕᐅᔪᓂᒃ ᐋᑦᑦᑭᓱᐊᕐᑐᓂᖅᓯᓚᓇᑦᑐᓂᒃ.
- ᒥᑎᔪᖅᑭᓴᓂᒃ ᑐᑭᓱᓚᐅᑦ ᑭᖑᔪᓐᓇᖅ ᓱᑦᕿᑕᐅᓱᒪᑕᐅᔪᓐᓇᕈᓐᖏᓚᓂᒃ ᐊᐊᕿᑦᓂᐊᑕᐅᓱᓚᐅᑦ ᓂᕐᖏᓚᐅᓚᐅᑦᑐᓂᒃ ᐃᓪᓕᑭᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓴᑕᐅᔪᓂᒃ ᐋᑦᑦᑭᓱᐊᕐᑐᓂᖅᓯᓚᓇᑦᑐᓂᒃ.
- ᐃᑲᔪᕐᑎᓴᑦᓂᑉᓗᓂᕐᒥᑕᐅᓱᒪᑕᐅᔪᓐᓇᕈᓐᖏᓚᓂᒃ ᒪᑎᑦᑐᓂᖅᓯᓚᓇᑦᑐᓂᒃ ᐃᓪᓕᑭᓂᒃ ᓱᑦᕿᑕᐅᓱᒪᑕᐅᔪᓐᓇᕈᓐᖏᓚᓂᒃ ᐊᐊᕿᑦᓂᐊᑕᐅᓱᓚᐅᑦ ᓂᕐᖏᓚᐅᓚᐅᑦᑐᓂᒃ ᐃᓪᓕᑭᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓴᑕᐅᔪᓂᒃ ᐊᐊᕿᑦᓂᐊᑕᐅᓱᓚᐅᑦ ᓂᕐᖏᓚᐅᓚᐅᑦᑐᓂᒃ.
- ᐃᑲᔪᕐᑎᓴᑦᓂᑉᓗᓂᕐᒥᑕᐅᓱᒪᑕᐅᔪᓐᓇᕈᓐᖏᓚᓂᒃ ᒪᑎᑦᑐᓂᖅᓯᓚᓇ

ᓄᓇᕗᑦ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃ

ᓄᓇᕗᑦ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᑦ ᐊᑕᐅᓯᓱᓂᑕᐅᓂᖓᓂᒃᓴᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐱᓇᓱᑕᐅᔪᓯᕐᓴᐅᖓᓂᒃᓴᓂᒃ ᐱᒋᐅᕐᓴᕐᓂᑕᐅᓂᖓᓂᒃᓴᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂᒃ. ᓄᓇᕗᑦ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂᒃ ᑲᑎᒪᓂᕐᓂᕐᓂᒃᓴᓂᒃ ᐱᖓᓱᐃᑦᓯᐊᕐᓂᕐᔪᑦ ᑭᓇᐅᔭᓂᒃ ᐊᓯᔾᔨᓴᓕᖅᑐᓂᒃᓴᓂᒃ ᑐᓴᕐᓂᓯᐅᑎᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᑌᒪ ᐃᓚᖓᓂᒃᓴᓕᖅᑐᓂᒃ ᐊᓯᔾᔨᓴᓕᖅᑐᓂᒃᓴᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓗᐊᓂᓚᐅᖏᓐᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓗᐊᓂᓚᐅᖏᓐᓂᒃ ᐊᓯᒪᔨᓂᒃ ᓴᓇᔨᓴᓕᖅᑐᓂᒃᓴᓂᒃ ᐅᑭᐅᖅᑕᕐᓂᒃ ᐅᑭᐅᖅᑕᕐᓂᒃ ᐊᓯᒪᔨᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᑦ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓗᐊᓂᓚᐅᖏᓐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐊᓯᒪᔨᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᑦ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᑦ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓗᐊᓂᓚᐅᖏᓐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᑦ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓗᐊᓂᓚᐅᖏᓐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ

ᓂᓪᓚᕐᓕ, ᐅᓐᔭᐱᓇᒥ ᓄᓕᓚᕐᒥᓂᔪ 2008ᒥ, ᖃᓄᖅᓂᔪ ᓂᑕᒪᖅᓂᔪᐃᑦ ᓄᓇᓕᖅ ᐊᖏᕐᓴᕐᓕᐅᑕᐅᔪᓐᓇᖅ ("ᐃᓐᓇᒥᐅᓂᒃ ᐊᖏᕐᓴᕐᓕᖏᓐᓄᑦ") ᓇᔪᓐᓄᓂᔾᔪᓚᔪᓂᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃ ᖃᐅᓄᐊᕐᓕᖏᓐᓇᑕ. ᖃᐅᐅᔨᓴᓂᖃᕐᕕᐅᔪᑦ ᑕᖅᓚᒪᓂᒃ ᒪᓚᑦᓂᓴᓚᐅᖏᓂᓂᒃ "ᐃᓐᓇ" ᓇᔪᓐᓄᓄᑦᑎᒋᖃᕐᓂᖅᓯᒪᓂ – ᐊᖏᕐᓂᖅᑕᑐᔾᔨᒪᓂᖓᓕᒫᑦ, ᓄᓚᓕᖅᑎᓂᔾᔨᐅᑉᐸᖃᕐᓂᖓᓕᒫᑦ, ᐱᓇᓱᓂᖅᑎᑦᓴᓂᒃ, ᐃᓂᖅᓱᖅᑎᑦᓴᐅᓕᖅᑐᓂᒃ – ᐊᓪᒪᓇᓐ ᐃᐯᒪᒥ ᐃᓇᓱᓚᓂᖓᓕᒫᑦ ᐱᒋᐅᖓᓂᔪᓐᓇᖅ ᑐᓴᕐᓂᓯᐅᑎᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᑦ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓗᐊᓂᓚᐅᖏᓐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᑦ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓗᐊᓂᓚᐅᖏᓐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᑦ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓗᐊᓂᓚᐅᖏᓐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ

ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᑦ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᑦ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓗᐊᓂᓚᐅᖏᓐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᕕᑦ ᐃᓕᓴᕐᕕᒃᓴᓕᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᓂᒃᓯᒪᓂ ᐱᓇᓱᓂᖓᓂᒃ ᐅᕙᓪᓕᐊᓂᒃ ᐃᓗᐊᓂᓚᐅᖏᓐᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ

ᓂᕆᓂᕐᓴᒃᓂᓪᓕᐊᓇᕐᓴᒃᓴᓂᒧᑦ ᐱᓇᓱᓂᑕᐅᔪᓂᕐᓴᒃᓂᒃ

ᓂᕆᓂᕐᓴᒃᓂᓪᓕᐊᓇᕐᓴᒃᓴᓂᒧᑦ ᐱᓇᓱᓂᑕᐅᔪᓂᕐ ᑲᕈᒪᔭᕐᓴᒃᑯᓂᒃ ᐱᓇᓱᓂᑕᐅᔪᓂᕐᓴᒃᓂᓯᒪᓂᕐᕕᐅᖓᓂᒃ ᐊᖏᕐᓴᕐᓯᐅᑎᓂᒃ ᐃᓪᓕᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᐱᓪᓚᕐᓕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᐅᐱᐅᓂᖓᓂᒃ ᐅᑎᓂᒃ 18ᓂᒃ ᐊᖏᓚᔪᓂᓂᑕᐅᓂᖓᓂᒃᓴᓂᒃ ᐱᓕᕆᓂᒃ ᐱᓇᓱᓂᑕᐅᔪᓂᕐᓴᒃᓂᒃ ᐃᓚᒋᓂᒃᓴᓕᖅᑐᓂᒃ ᓄᓇᓕᖅᓯᐅᑎᓂᒃᓴᓕᖅᑐᓂᒃ. ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓄᒋᐊᖅᓯᒪᓂᒃ ᐊᑐᓂᒃ ᓚᓂᓪᓕᒃ ᑲᒪᒋᔭᒃᓴᓕᖅᑐᓂᒃ. ᐅᓂᓪᓗᓇᓱᐅᔪᓐᓇᖅᓯᐊᑐᓂᒃ ᑲᒪᒋᐃᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᐃᓚᖓᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ, ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᑎᑦᓴᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐊᖏᕐᓴᕐᓯᐅᑎᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃᓂᒃ ᐊᖏᕐᓴᕐᓯᐅᑎᓂᒃ ᐃᓕᓴᕐᓯᐅᖓᓂᒃ

ᐱᐅᓯᕆᑦᑎᓯᓂᕐᒥᒃ ᐃᓄᐃᑦ ᐃᓕᓴᕐᓯᔨᖏᑎᒍᑦ ᖃᓄᐃᖅᑎᓯᕆᑦᓂᓂᒃ ᐱᒍᑦᔨᓂᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᖃᓄᐃᖅᑎᓯᕆᑦᑐᖅᓂᒃ ᐃᓕᑭᑦᑐᕐᔪᐊᖏᓐᓂᖅᑎᑦ ᓄᓇᕗᖅᑕᓯᕆᔨᒪᔭᑦᓗ.

ᐊᖏᕐᕕᒋ ᑭᓇᐅᔭᕐᑐᖅᓱᓄᑦ ᐅᓇᓕ 1, 2008ᒥ ᐱᒋᐊᕐᑐᖅ, ᐃᓯᓕᓂᖅᓱᓯᑎᒃ ᐃᑦᓯ 31, 2009, ᐊᑦᔨᑭᖅᑎᒋᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᖅᓱᖅᓯᒋᓕᐅᔪᓐᓇᑦ, ᐅᑦᑐᕐᕉᐅᑎᒋᓯᓯᒍ ᐃᓇᕐᓴᖅᓱᓇᐊᕐᖅᖅᓯᒋᐊᓕᑦ ᑲᑎᒪᓂᐊᕐᓯᖅ, ᐃᓕᓴᕐᓴᐅᓂ ᐱᓇᓯᐊᕐᑕᐅᓯᑎᒃ, ᐅᑦᑦᓯᑎᑦᓴᖅᑎᓯᓂᕐᓴᐅᒪᓂᕐᓗ, ᐱᑭᕐᓴᓯᐊᓇᐊᕐᖅᓱᓂᒥᓂᓗ ᐱᒋᐅᕐᓴᕿᑎᑕᐅᔪᓂᑦ, ᐊᐃᓕᓴᕐᓯᐊᓇᐊᕐᖅᓱᓂᒥᓂᓗ ᐱᒋᐅᕐᓴᕿᑎᑕᐅᔪᓂᑦ ᐊᖏᕐᕕᒋ ᐃᓕᓴᕐᓯᔨᖏᑎᒍᑦ ᐊᑦᔨᑭᖅᑎᒋᑦ

ᑕᒃᑯᐊᑕᒪ ᑭᓇᐅᖏᑦ ᓄᓇᕗᓂᑦ ᐊᑐᖏᑦᓴᓕᐊᔪᒪᔨᑦ ᐊᖏᖁᔭᒥ ᑭᓇᐅᔭᖏᑐᓂᖓᓂᓂᑦ 2008-2009.

ᓄᓇᕗᒻᒥ	2008-2009
ᐊᑯᓕᕆᔨ	59,728.85
ᐊᐅᕐᓂᔨ	39,495.15
ᐃᓂᒃᓯᐊᖅ	114,562.00
ᐃᖅᔨᕆᔨ	0
ᑲᖏᖏᓱᐊᓕᓯᐊᖅ	102,777.00
ᑲᖏᖏᓱᖅ	27,220.00
ᑲᖏᖏᓱᓯᐊᖅ	45,280.00
ᔪᑦᓯᐊᖅ	149,005.85
ᔪᑦᓯᐊᖅᓴᕆᔨ	16,293.75
ᐳᕆᖏᑐᖅ	109,142.80
ᖃᐊᖏᑕᖅ	18,130.00
ᖁᓕᓗᐃᑦ	62,957.25
ᑕᓱᐅᔭᖅ	6,500.00
ᐅᒥᐅᔭᖅ	15,940.00

ᐊᐅᓪᓚᖅᑐᑦ ᐱᒋᐊᖅᑐᑦ

ᑐᑭᒍᓕᕆᓂᖅᑐᑦ ᑐᓴᕐᓴᖅᑎᑦ



ᐊᖏᕐᒧᒍᓱᓕᕆᖅ ᐃᓕᓴᕐᑎᓄᑐᒍ, ᐊᐅᓚᕐᓯᓪᓗᒃ ᐱᒋᐊᖅᑐᓪᓗᒃ ᐱᓇᓱᐊᒪᓕᕐᓂ ᐱᓇᓱᑦᑎᓪᓗ ᐊᖏᕐᒪᑐᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐊᐅᓚᕐᓯᒪᔪᓕᕐᓂ ᐊᐅᓚᕐᓯᑐᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ. ᑭᖑᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᖅ ᓄᐃᑦᓯᐊᐅᓚᓕᖅᖢᓂᖅ ᓄᓇᕗᑦᑎᓐᓄᑦ ᐊᖏᕐᒪᑐᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐊᐅᓚᕐᓯᑐᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐃᓐᓇᐅᔪᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐊᐅᓚᕐᓯᑐᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐊᐅᓚᕐᓯᑐᐃᓐᓇᖅᑐᒥᒃ ᐃᓐᓇᐅᔪ

ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᓂᖅ

ᓄᓇᕗᑦᑎᓂ ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᑎᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐊᐯᓪᒥ ᐃᓕᓴᕐᓂᓕᕆᔨᒃᑲᓪᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐃᓐᓇᐅᑉᐸᓪᓕᐊᓂᖅ ᑐᙵᕕᖅᑕᐅᓯᒪᔪᓂᖅ

ᐊᐯᓪᒥ ᐃᓕᓴᕐᓂᓕᕆᔨᒃᑲᓪᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᑐᙵᕕᖅᑕᐅᓯᒪᔪᓂᖅ ᐊᖏᕐᕉᒃᓴᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦ $101.3 ᒥᓕᐊᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦ 2008-2009ᒥ, ᐃᓕᑎᒃᓴᒥᑦ ᐃᓪᓗᓈᓴᐃᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦ. $96.7 ᒥᓕᐊᓃᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᑎᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ $4.6 ᒥᓕᐊᓃᑦ ᖃᐅᔨᑎᑐᑎᒍᑎᓴᒃᓇᑎᑦ ᐊᖏᕐᕉᒃᓴᓂᖅ ᑐᙵᕕᖅᑕᐅᓯᒪᔪᓂᖅ. ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᕗᑦᑎᓂ ᐃᓕᓴᕐᓂᓕᕆᔨᒃᑲᓪᒥ ᐱᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᐊᔪᕐᓇᖅᑐᓂ ᐊᒻᒪᓗᓐᓂᕐᒥᐅᑦᑎᐊᕐᓂᖅ ᐃᓐᓇᐅᑉᐸᓪᓕᐊᓂᖅ ᐊᒻᒪᓗᓐᓂᕐᒥᐅᑦᑎᐊᕐᓂᖅ ᐃᓐᓇᐅᑉᐸᓪᓕᐊᓂᖅ ᑐᙵᕕᖅᑕᐅᓯᒪᔪᓂᖅ ᐃᓗᓕᕆᓂᖅ ᐊᔪᕐᓇᖅᑐᓂ ᐃᓐᓇᐅᑉᐸᓪᓕᐊ

ᑭᓚᐅᔭᕐᑐᐊᖏᓐᓄᑦ ᐊᖏᕐᕋᒍᒥ 2008-2009ᒥ, ᑯᐯᒧᒥ ᐃᓕᓴᕆᓚᓂᕐᒥᐅᑦ ᐱᒍᑎᓕᓂᕐᓄᑦ ᑐᖓᔪᖅᑕᐅᔪᓚᐅᖏᓐᓄᑦ ᐊᓐᓂᑦᑎᓐᓄᑦ ᐊᐅᓚᑦᑎᓐᓄᑦ ᑕᒪᕐᒥᑦ ᐊᐅᓚᓕᓂᕐᓂᖅᐳᑦ ᐊᑭᓐᓂᐊᖅᑐᑦ $4.6 ᒥᓂᐊᓂᐅ. ᑭᒡᐊᓂᓚ, ᐊᑭᓂᖅᓄᑦ ᐅᓇᕐᓂᖅᓯᒪᓚᐅᑉᓴᖅᑐᑐᕐᓄᑦ ᐊᐅᑎᖅᑕᐅᔪᓚᐅᖏᓐᓄᑦ.

ᐱᓕᕆᓂᐊᕐᓂᕐᒧᑦ ᑭᓚᐅᔭᓄᑦ – ᐱᓚᒡᕕᓂᓚᓂᕐᓄᑦ, ᐃᓕᓴᕆᓂᐅᕐᓂᓄᑦ ᐱᐅᓱᐃᕕᖅᓯᓄᑦ

ᑕᑯᐃᐊᑕᒪᓕ ᓴᓕᑎᕐᒪᓕᒡᒥ ᐊᑦᑐᑎᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᑭᓚᐅᔭᖅᑎᑐᑦᑕᒪᓕᒡᒥ ᐱᓚᐅᔭᖅᑎᑐᑦᑕᒪᓕᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᑯᐯᒧᒥ ᐃᓕᓴᕆᓚᓂᕐᓂᐅᑦ ᐱᒍᑎᓕᓂᕐᓄᑦ ᑐᖓᔪᖅᑕᐅᔪᓚᐅᖏᓐᓄᑦ 2008-2009ᒥ.

ᐅᐱᓚᖅᑎᑦ ᐱᒍᑦᓴᐅᓂᖅᐳᑦ (ᐊᑦᑎᒍᒥ ᓯᑲᓕᓪᓕᒥ ᐊᑦᑎᒍᓂ ᐱᖓᓱᓂ ᐱᓚᓯᓂᑦᑕᐅᓪᓕᖅᑎᓂᒃᑐᑦ)

ᖃᓄᐃᓂᖅᓱᑦᑐᐃᓂᐅᑎᓐᓄᑦ ᓄᓚᒪᓕᒥ ᓄᓚᓕᓕᒫᓂ ᐃᓕᓴᕆᓚᓂᕐᓂᐅᑦ ᐱᒍᑎᓕᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᓄᑦ ᐊᒥᓱᓕ 2007ᒥ ᑲᑎᒪᔨᓄᑦ ᑲᑎᒪᓂᑦᔪᑎᖅᓱᑦᑐᐃᓂᐅᑎᓐᓄᑦ, 2008-2009ᒥ ᓄᓚᒪᓕᒥ ᓄᓚᓕᓕᒫᓂ ᐃᓕᓴᕆᓚᓂᕐᓂᐅᑦ ᐱᒍᑎᓕᓂᕐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᓄᑦ ᐲᓚᐅᔭᖅᑎᑐᑦᑕᐅᓂᖅᑕᑦᑎᐊᑦᑕᒪᓕᓚᐅᖏᓐᓄᑦ 25ᒥᐊᓐᓚᓂᐅᑦ ᐱᓚᓯᓂᒋᐅᓂᖅᓱᒥᐅᑦ ᐊᑭᓐᓂᐊᖅᑐᓂᓗ ᑕᒣᓐᓂ ᐅᐱᓚᖅ ᐱᒍᑦᓴᐅᔨᓂᖅᓱᖏᓐᓂᐅᑦ ᐱᓚᓯᓂᐅᒋᐅᓂᖅᓱᐅᐊᑦᑐᐃᓂᐅᑦ.

- ᐃᓐᓇᓚᓇᑦᓯᓚᐅᑉᓴᖅᓱᒃ ᐅᐱᓚᖅᑎᑦ ᖃᓄᐃᓕᓴᕆᓂᐅᕐᓂᑦ $1,734,000.00 ᐊᑦᑎᒍᑕᒧᑦᑕᖅᓱᖅ (14 ᓄᒋᑦ ᐱᓚᓯᓕᖅᓱᖅ ᐱᒍᑦᓴᐅᓂᖅᓱᖏᓐᓂᐅᑦ ᐅᓄᕐᓯᓚᐅᖅᑕ)

- ᑲᑎᒪᔨᓄᑦ ᑲᓕᑦᑎᐊᑦᑎᐊᓚᐅᑉᓴᖅᓱᒃ ᐱᒍᑦᓴᐅᓂᖅᓱᖏᓐᓂᐅᑦ $557,000.00 ᐊᑦᑎᒍᒧᑦᑕᖅᓱᖅ (8 ᓄᒋᑦ ᐱᓚᓯᓕᖅᓱᖅ ᐅᐱᓚᖅᑎᑦ ᐱᒍᑦᓴᐅᓂᖅᓱᖏᓐᓂᐅᑦ) $1,114,000.00 (2009-2010)

- ᓄᓚᓕᓕᒫᓂ ᐃᓚᑦᑎᓯᓂᕐᓂᑦ ᐱᒍᑦᓴᐅᓂᑦ $450,000.00 ᐊᑦᑎᒍᒧᑦᑕᖅᓱᖅ (ᐱᓚᐅᔭᓂ ᓄᒋᑦ ᐱᓚᓯᓕᖅᓱᖅ ᐅᐱᓚᖅᑎᑦ ᐃᓚᑦᑎᓯᓂᕐᓂᑦ ᐱᒍᑦᓴᐅᓚᐅᖏᓐᓂᐅᑦ)

- ᑲᔪᓯᔪᒃ ᐱᒋᐅᑦᓴᑎᑕᐅᓂᖅᓱᒃ $200,000.00 ᐊᑦᑎᒍᒧᑦᑕᖅᓱᖅ ᐅᐱᓚᖅᑎᑦ ᐱᒍᑦᓴᐅᓚᐅᖏᓐᓂᐅᑦ ᐱᓚᓯᓂᕆᑦ

- ᓄᐃᑕᐅᓂᖅᓱᒃ ᐱᓚᓯᓂᕆᑦ ᐃᓕᓴᕆᓚᓂᕐᓂᐅᑦᑐᖓᔪᖅᑕᐅᓂᖅᓱᖏᓐᓂᐅᑦ ᐱᓚᓯᓂᕐᓂᐅᑦ $125,000.00 ᐊᑕᐅᓯᐃᑦᑐᑦ

  (ᐅᐱᓚᖅᑎᑦ ᓴᓕᑎᕐᒪᓚᐅᖏᓐᓂᐅᑦ ᐱᓚᓯᓂᕆᑦ)

ᐊᓯᖏᑦ ᐱᒍᑎᓕᒃ

- NRBHSS ᐃᒃᓴᓯᒪᓂᖅᓄᑦ ᐱᒍᑎᓕᒃ $125,000.00 ᐊᖏᖁᔨᖏᑐᒃ (ᓯᑕᒪᑦ ᐱᓇᓱᒪᑦᓴᑦ ᑭᓇᐅᔭᖏᑦ ᑭᖑᒍᓂᖑᒍᒪᔪᑦ ᖃᐅᔨᓴᖑᓂᒪᖑᒪᑦᑎ ᖃᐅᔨᓴᐸᐊᒃᑲᑎᑦᓴᓇᓄᑦ $500,000.00 (2009-2010) ᐱᓇᓯᑎᓕᓴᓇᑦᓴᓇᓄᑦ, ᑐᓴᐅᒪᖃᑦᑕᐅᑎᒍᑐᑦᓗ ᐃᓴᓯᑎᑕᐅᓯᐊᖏᖃᑦᓂᖅᓂᑦᓂᓗ)

ᐃᑦᓗᓕᐅᖃᑦᓂᓄᓄᑦ

ᐊᒪᒪᓗ, ᓄᓇᕗᒪᑐ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᓴᖅᑐᒃ ᐱᒍᑎᓂᓴᓄᑦ ᖃᑎᒌᓐ ᐃᑦᓗᓕᐅᑎᑎᓕᖅᓯᓄᒃ ᑭᓇᐅᔨᑐᑎᑎᓕᐅᓕᐅᔪᓐᓇᑦ $22,100,417.00ᓂᒃ ᓴᓇᒍᑎᓕᓴᖓᒃ. ᐊᐅᔨᒥ 2009ᒥ ᓴᓇᔪᖃᓕᐅᑎᖃᓄᐃᒍ, ᓇᐅᓕᒫᓂᒃ ᖃᐅᔨᒪᑎᑦᓯᒍᑎᑎᒍᑦ ᐊᑭᑭᓂᓕᔪᓯᐅᑐᖃᖅᓂᖓᓐᖏᑦ ᑕᖃᒃᑯᐊ ᓴᓇᔨᐅᓂᑦᓴᖓᑦ ᐱᑦᓗᑎᑦ:

- ᐃᑦᓯᒥᑎᑕᓵᑦ - ᐱᓇᓯᑎᑦ ᐃᑦᓗᓴᖓᑦ ᐃᓐᓕᓯᒪᓕᒥ 23 ᐃᑦᓗᔪᐊᑦ
- ᐃᑦᓯᒥᑎᑕᓵᑦ - ᐱᓇᓯᑎᑦ ᐃᑦᓗᓴᖓᑦ ᑐᓕᑦᑕᒪᓕᒥ 23 ᐃᑦᓗᔪᐊᑦ
- ᐃᑦᓯᒥᑎᑕᓵᑦ - ᓄᓇᕗᒪᑐ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓗᓯᓕᓴᖅᑐᒃ ᐱᒍᑎᓂᓴᓄᑦ ᖃᑎᒌᓐ ᐱᓇᓯᑎᑎᓂᖓᓐᖏᑦᑕ ᐃᑦᓗᓴᖓᑦ ᓯᑕᒪᑦ ᐃᑦᓗᔪᐊᑦ

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓚᑐᓴᓇᑦᓴᖅ ᐱᐅᓱᒍᑎᑦ

2008-2009ᒥ, ᑕᖃᒃᑯᐊ ᑭᓇᐅᔭᖏᑦ ᑐᑭᓯᖏᓚᓱᐅᓚᐅᔪᓐᓇᑦ ᑯᐯᓕᒥ ᐃᓗᓯᓕᓴᖅᑐᒃ ᐱᒍᑎᓂᓴᓄᑦ ᑐᓴᖅᑕᓪᓕᐊᓘᓐᓃᑦ ᐊᓯᖏᓐᓄᑦ. ᐊᑭᖏᔪᒪᓕᒃ ᐱᐅᓱᒍᑎᓂᓴᓄᑦ ᐊᓯᖏᓐᓄᑦᓴᓇᓄᑦᓗᑎᑦ ᑭᓇᐅᔨᓴᖑᓂᒪᖑᒪᑦᑎ ᐅᓇᓂᓯᐅᑎᑎᓂᖓᓐᖏᑦ $360,000.00ᓂᑦ $1,015,578.00ᓄᑦ ᓄᓇᕗᒪᑐ ᐊᓯᖏᓐᓂᐊᓯᐅᓚᑐᓴᓇᑦᓴᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓇᑦᑐᓂᒃ ᐊᑯᓂᓱᑌᑦ ᐱᐅᓱᒍᑎᓂᒃ. ᐊᑭᖏᔪᒥ ᑐᖓᓕᐊᓂ, ᐃᓐᓇᓯᑦ ᖃᑎᒌᑦᑎᓯᐅᔪᓐᓇᑦᓴᓇᓄᒃ ᐊᓯᖏᓐᓄᑦᓴᓇᓄᒃ ᖃᐅᔨᓴᐸᐊᒃᑲᑎᑦᓴᓇᓄᑦ ᑯᐯᓕᒥ ᐃᓗᓯᓕᓴᖅᑐᒃ ᐱᒍᑎᓂᓴᓄᑦ ᑐᓴᖅᑕᓪᓕᐊᓘᓐᓃᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓇᓄᑦ ᖃᐅᔨᓴᐸᐊᒃᑲᑎᑦᓴᓇᓄᑦ ᑯᐯᓕᒥ ᐃᓗᓯᓕᓴᖅᑐᒃ ᐱᒍᑎᓂᓴᓄᑦ ᑐᓴᖅᑕᓪᓕᐊᓘᓐᓃᑦ ᐊᓯᖏᓐᓄᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᓂᖅᓴᓇ

- 16 ᐅᓪᓚᑎᐅᑦ ᑲᑦᔪᑕᐃᓐᓇᓕᒃ ᖃᐅᔨᓴᐃᑎᓂᖅ $256,000.00

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᓕᓕᒋᓂ ᐃᓗᓐᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐱᒋᐊᖅᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅ ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᓂᖅ ᐊᐅᓚᓂᖅᓄᑦ

ᐊᐅᓚᓂᐊᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅ ᑭᓇᐅᔭᓕᓇᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ ᐱᓇᓱᒋᐊᖅᑐᒍᓐᓇᖅ ᐊᓱᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓇᖅᑐᓂᒃ: ᑲᒪᔨᒪᓇᑦ ᐊᓂᒪᓇᖅᓄᑦ, ᐃᓄᐃᑦ ᐱᒻᒪᓇᖅᓯᐅᑎᖅᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᓄᑦ, ᐸᖅᓴᓂᖅᓄᑦ ᐱᔨᑦᓴᓇᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᓄᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᓇᐅᓕᒋᓂᒃ ᐃᓗᓐᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᖅᓄᑦ. ᑕᑯᓂᓂ ᐊᐅᖏᔪᒥ ᐱᓇᓱᐊᕐᓇᖅᑐᓂᒃ ᒪᑯᐊ ᐱᓇᐅᔨᖅᑎᑦᑎᓂᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᐊᐅᓚᓂᐊᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ:

ᐊᐅᓚᓂᐅᔪᓐᓇᖅᓄᑦ ᑐᖏᓕᓂᐅᑦᑕᐅᓪᓚᕐᔪᐊᕐᓗᓂ ᐱᓇᐅᖏᑦ

ᑯᐯᒃᒥ ᐃᓗᓐᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐱᒋᐊᖅᓂᖅᓄᑦ ᑐᑭᖅᑕᓂᐊᓕᑯᑦ ᐱᓇᐅᔨᖅᑐᑦᑎᓂᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃᓴᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ $4.4 ᒥᓂᐊᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᓕᓕᒋᓂ ᐃᓗᓐᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐱᒋᐊᖅᓂᖅᓄᑦ ᐅᑎᓪᓗᒥ ᐊᐅᓚᓂᐅᔪᓐᓇᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ. ᒎᓐᔨᓗᑐᐊᖅᑎᓗᓂ ᐊᐅᓚᓂᐅᔪᓐᓇᖅᓄᑦ, ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᓕᓕᒋᓂ ᐃᓗᓐᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐱᒋᐊᖅᓂᖅᓄᑦ ᐅᑎᓪᓗᒥ ᐱᓇᐅᔨᖅᑎᑦᑎᓂᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃᓴᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ $22.5ᒥᓂᐊᓂᒃ ᑐᖏᓕᓂᐅᑦᑕᐅᓪᓚᕐᔪᐊᕐᓗᓂ ᐊᓱᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ ᐊᓱᓂᖅᓄᑦᑕᐅᓪᓚᕐᔪᐊᕐᓗᓂᒃᓄᐊᖅᑐᓂᒃ. ᒎᓐᔨᓗᑐᐊᖅᑎᓗᓂ ᐱᓇᐅᔨᖅᑐᑦᑎᓂᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᐅᑎᓪᓗᒥ ᓴᓐᕈᓂᐅᓂᖅ ᐊᓯᒪᓂᐅᓂᖅ, ᐁᑦᐯᓐᓂᑦ ᑐᓴᖅᓄᓯᓂᑎᓪ ᐃᓗᓐᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐱᒋᐊᖅᓂᖅᓄᑦ ᑐᖏᓕᓂᐅᑦᑕᐅᓪᓚᕐᔪᐊᕐᓗᓂᒃᓴᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ ᐁᑦᐯᓐᓂᑦᓗ ᓄᓇᓕᓕᒋᓂ ᐅᑎᓪᓗᒥ ᐱᓇᐅᔨᖅᑎᑦᑎᓂᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃᓴᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ.

ᐃᖅᑑᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐱᓇᐅᖏᑦ

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᓕᓕᒋᓂ ᐃᓗᓐᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐱᒋᐊᖅᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅ $4.8 ᒥᓂᐊᓂᒃ ᐱᓇᐅᔨᖅᑎᑦᑎᓂᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃᖃᓄᐃᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ ᑭᓇᐅᒋᖅᑐᒍᓐᓇᖅ ᐃᖅᑑᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐊᓱᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃᐅᓪᓗᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ, ᐃᖅᑑᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᓴᓇᔨᐅᓪᓚᕐᔪᐊᓕᒫᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᓯᔾᔨᕐᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃᓴᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ ᐃᓗᓐᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐱᒋᐊᖅᓂᖅᓄᑦ 2005-2008ᒥ ᐸᖅᓴᓂᐅᑦᑕᐅᓪᓚᕐᔪᐊᕐᓗᓂ ᐊᓱᓂᖅᓄᑦᑕᐅᓪᓚᕐᔪᐊᕐᓗᓂᒃᓄᐊᖅᑐᓂᒃ ᖃᓄᐃᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ ᐊᓱᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓇᖅᑐᓂᒃ ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᓂᖅᓄᑦ ᑐᖏᓕᓂᐅᑦᑕᐅᓪᓚᕐᔪᐊᕐᓗᓂ ᑭᓇᐅᒋᖅᑐᒍᓐᓇᖅ ᐊᐅᓚᓂᖅᓄᑦ.

ᑲᓇᑕᓴᐅᓂᖅ ᐃᖅᑑᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃᓴᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᐅᖏᑦ

$7.9 ᒥᓂᐊᓂᒃ ᑲᓇᑕᓴᐅᓂᖅ ᐱᓇᐅᔨᖅᑎᑦᑎᓂᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ. ᓂᐯᐅᓂᖅ ᐃᖅᑑᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐱᓇᐅᔨᖅᑎᑦᑎᓂᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ, ᐱᓇᐅᔨᑎᒍᓂ ᐃᑲᔪᖅᓯᒪᔪᖅᑕᐅᓂᒃᓴᓂᖅᓄᑦ ᑭᓇᐅᔭᓂᖅᑐᒍᓐᓇᖅ ᑲᓇᑕᓴᐅᓂᖅ ᐅᑎᖅᑕᐅᓂᖅᓄᑦᑕᓐᓄᓕᒫᓂᒃ ᑭᓇᐅᒋᖅᑐᒍᓐᓇᖅ ᐃᓗᓐᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐱᒋᐊᖅᓂᖅᓄᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᓂᖅᓄᑦ ᐃᓗᓐᓂᓇᓂᕐᒥᐅᒃ ᐱᒋᐊᖅᓂᖅᓄᑦ ᐊᐅᓚ

ᑲᓇᑕᒥ ᖃᓄᐃᙱᖓᓪᓗᒍᑦᑐᖅ	
ᓄᓇᕗᑦᑐᖅ ᐊᑐᐊᖅᓯᒪᔪᖅ ᐱᓇᓱᒋᑦᓯᖏᓐᓄᑦ	431,579
ᓱᖃᓕᓴᖅᑕᐅᔪᓂᒃᑯᓯᒪᔪᖅ	1,087,654
ᐊᓇᖅᑐᓱᒪᔪᓕᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥᑐᓕᕆᓂᖅ ᑲᒪᒋᔭᖅ	1,988,980
ᐱᐊᕐᕿᑦ ᐃᒥᐊᓕᒻᒪᑦ ᓱᖅᑕᐅᒪᓕᓂᐊᒪᑦ ᖃᓄᐃᙱᖓᓱᓇᓱᓂᖅᑐᑦ	351,720
ᐃᓱᒪᓕᕆᓂ-ᐃᓕᓴᕐᓱᓱᖓᓐᓂᑦ ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᒥᒃ ᐊᐅᓚᐅᑎᓱᓐᓂᑦ	820,736
ᐱᐊᕐᕿᓂᑦ ᓂᕿᑦᓱᐃᔨᒪᓱᐊᖅᓂᖓᓐᓂᒃ ᑲᓕᖓᒪᔪᑦ ᐱᓇᓱᑕᐅᔪᑦᕿᑦ	279,193
ᐃᒻᒥᓂᐊᖅᑐᑕᒪᔭᑎᑦᕿᑦ ᐊᖅᕿᓱᓱᑕᐅᓱᒪᓂᖅᑐᑦ	174,500
ᐊᑕᐅᓱᐅᓂᒃᑭᖓᒪᑎᑦᓱᓱᑦᑐᓕᒻᒥ ᑮᓇᐅᔪᖅ – ᐃᓱᒪᓕᕆᓂ ᐃᓕᓴᓱᓪᓗᓂᓂᖅ	969,667
AHTF ᐃᓕᓴᕐᕕᓂ ᖃᓄᐃᙱᖓᓱᐊᖅᑐᒥᒃ ᐃᓅᓱᓂᖅᓂᐅᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᖏᓚᐅᖅᓱᐊᕈᑕᐅᓱᑦ ᐊᑐᖅᓂᓗᑕᐅᓂᖅᑐᑦᑕ ᐱᓇᓱᑕᐅᓂᖅᑐᑦ	664,787
ᕿᖅᓴᑕᐅᓂᖅᑐᑦ ᓄᓇᕕᒻᒥᐅ ᐃᓅᓂᒪᑎᑕᐅᓂᖅᒧᑦ, ᐊᓐᓂᐊᓱᐅᖅᑕᐅᓂᖅᓯᒪᔪᑦ	545,356
ᓄᓇᕗᑦᑐᖅ ᖃᓄᐃᙱᖓᓱᐊᖅᓂᖓᓐᓂᒃ ᐱᓇᓱᑎᓪᓗᓂᖅᓂᓗ ᐱᓇᓱᐊᖅᑕᖅᑐᑦ	291,284
ᐃᓄᓕᓪᓗᔨᑐᖅᑐᑦ	
ᐃᓄᒻᒪᓴᓗᑦ ᐱᐅᓱᓱᓱᐊᖅᓯᒪᔪᓕᑦ	25,744
ᐃᓕᑭᑦ ᐱᓗᐅᐅᑎᓂᖅᑐᑦ	169,200
ᓄᓇᕒᒻᒥ ᓂᖏᑦᓱᐊᖅᑐᒥᒃᑯᓂᖅᒧᑦ ᖃᓄᐃᙱᖓᓱᓇᐊᖅᑯᓂᖅᒧᑦᓗ ᑲᑎᒪᔨᑦ ᐊᐅᓚᐅᑎᓱᓐᓂᑦ	121,565
ᑲᑎᑦᓱᑎᒃ ᑲᓴᒪᑐᖃᖅᑐᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᑦᓯᓐᓂᑦ	**7,921,965**

ᐃᓐᓄᓚᓂᓐᓄᑦᓄᐃ ᐱᐅᑲᔨᑎᓚᓂᓐᓄᑦᓄᐃ

ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᓕᒫᓂ ᐃᓄᐃᓚᓂᓐᓄᑦᑎᒃ ᐱᒍᑎᓕᓂᓐᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᓂ ᐊᖏᕈᑎᖏᓐᓄᖏᒥᐅᑦᑐᓂ ᐊᖏᖅᔪᒍᓂ ᐱᓇᐅᔭᖏᓐᓄᖏᑎᒋᔭᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥ, UL, $11.2 ᒥᓚᐊᓂᒃ ᐃᓐᓄᓇᔨᐊᓂᒃ ᓴᓇᒋᑦᓯᔪᐊᑎᑦᓴᖏᓐᓄᑦᓯᑐᓂᑦ. ᐯᐅᒻᒥ ᐃᓄᐃᓚᓂᓐᓄᑦᑎᒃ ᐱᒍᑎᓕᓂᓐᓄᑦ ᑐᖏᖅᑕᒋᐊᐯᓂ ᓄᓇᑎᓂᒃ ᑭᓇᐅᔭᖏᓐᓄᖏᑎᒋᔭᖅᑎᒥᓂᒃ ᐅᖏᑲᐅᓂᓐᓄᑦᓯᑐᓂᑦ: 2009-2010ᒥ, ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᑎᓂᓴᓐᑎᑕᐅᓂᖅᑐᑦᑐᓂ $4,476,637.00ᓂᒃ ᐃᓐᓄᓇᔨᐊᓂᒃ ᓴᓇᒋᑦᓯᔪᐊᑎᑦᓴᖏᓐᓄᑦᓯᑐᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ $1,873,164.00ᓂᒃ ᓄᑕᐅᓯᖅᑐᐃᔪᑎᑦᓴᖏᓐᓄᑦᓯᑐᓂᒃ ᐃᓐᓄᓇᔨᐊᓂᒃ.

ᐊᖅᑲᔪ ᐱᒋᐊᖅᓯᓕᐊᓂᖏᓐᓇᓂᓂ, ᐊᑭᑭᓐᓂᓯᓄᐅᑕᐅᑎᖅᓯᒪᓂ, ᑯᐯ Genivar ᖃᐅᔨᓴᖅᓂᐊᑎᓐᓄᒋᑦᑕ ᐃᓐᓄᖅᓴᑎᓂᒫᑦᓂᓂᒃ ᐱᖏᓪᓗᓂ ᐱᓇᓱᐊᐅᔨᔪᓂᑦ (ᐃᓅᓂᓯᓪᓚᐃᒃ, ᑐᓪᓕᑕᐃᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᓕᒫᓂ ᐃᓄᐃᓚᓂᓐᓄᑦᓯᑐᓂᑦ ᐱᒍᑎᓕᓂᓐᓄᑦᓯᑐᓂᒃ ᐊᖏᕐᕕᒃ). ᖃᐅᔨᓴᖅᑐᑎᓂᓴᓐᑎᑕᐅᓂᖅᑐᑦᑐᓂ ᐊᖏᖅᔪᒍᓂ ᐱᖏᓪᓗᓂ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᑭᓇᐅᔭᖏᓐᓄᖏᑎᒋᔭᖅᑎᒥᓂᒃ ᐃᓐᓄᓇᔨᐊᓂᒃ ᐊᑭᑭᓐᓂᓯᓄᐅᑕᐅᑎᖅᓯᒪᓂ ᓄᓇᕗᒻᒥ, UL ᐅᓄᓴᓂᒃ ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᐃᔪᑎᑦᓴᖏᓐᓄᑦᓯᑐᓂᑦ.

ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓇᒍᑎᓂᓴᓂᑦ

2008ᒥ ᐊᐅᔾᔨᖅ ᐃᓱᓕᒥᐊᕐᓂᓕᔪ, ᐱᓇᓱᓂᑎᑦᓴᐃᓚᓂᐅᑦᓱᓕ ᓄᓇᓕᒫᓂ ᐊᑕᐅᑦᓱᔪᖅᑎᓯᔨᓴᓂᖅᓯᒃ, ᐊᐅᓚᓱᓂᓐᓄᑦᓯᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᓂᑎᑦ ᐃᑲᔪᖅᓱᒪᔭᐅᑦᓱᓕᓚᐅᑦᑕᓚᐅᔪᓐᓃᑦ ᐱᓕᓐᓄᓕᓕᒫᓂ ᐱᓇᓱᓂᑎᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓇᒍᑎᓂᓴᓂᑦ ᖃᒪᓕᕆᔨᑦᑎᐊᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓇᒍᑎᓂᓴᓂᑦ.

ᑕᒪᑕᒃ, ᐱᒪᑦᓴᓚᒪᓇᐅᔨᓂᑦ ᑕᒪᑐᒋᖅᓱᒃ ᓄᑖᒋᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᑐᓂᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ. ᖃᐅᔨᒋᐊᖅᐸᓇᐊᖅᓱᖅᑎᒋᑕᓂᓱᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓇᒍᑎᓂᓴᓂᑦᓂᓂᒃ ᓄᓇᕗᓐᓂ ᐊᑦᔨᑲᖅᖃᑐᓂᒃ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᓇᒍᑎᓂᓴᓂᑦ ᐱᓇᓱᓂᑎᑦᓴᖏᓐᓄᑦᓯᑐᓂᒃ ᐃᓐᓄᓇᔨᐊᓂᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᖏᖅᔪᒍᓂᑦᓴᖏᓐᓄᑦᓯᑐᓂᒃ ᐃᓐᓄᓇᔨᐊᓂᒃ ᐱᓇᓱᓂᑎᑦᓴᖏᓐᓄᑦᓯᑐᓂᒃ ᐃᓐᓄᓇᔨᐊᓂᒃ ᐱᓇᓱᓂᑎᑦᓴᖏᓐᓄᑦᓯᑐᓂᑦ ᐱᓇᓱᓂᑎᑦᓴᖏᓐᓄᑦᓯᑐᓂᒃ ᐃᓐᓄᓇᔨᐊᓂᒃ ᐱᓇᓱᓂᑎᑦᓴᖏᓐᓄᑦᓯᑐᓂᑦ ᐱᓇᓱᓂᑎᑦᓴᖏᓐᓄᑦᓯᑐᓂᒃ ᐃᓐᓄᓇᔨᐊᓂᒃ

ᐊᖏᕐᖃᑎᒋᔭᒍᓂᖅ, ᓴᓇᔨᐅᓂᖏᓐᓂᖅ, ᐱᒋᐅᕐᓴᕐᓂᖅ, ᑭᖑᔪᓂᖑᔪᑦ ᖃᐅᔨᓴᓕᕆᓂᖑᓪᓚᖑᓕᒃ ᖃᐅᔨᒋᐊᕐᑕᐅᓂᖏᓐᓂᖅ, ᐊᓯᕐᓂᑕᐅᒋᐊᖃᖅᖢᓂᖏᓐᓂᖅ, ᐱᔪᓐᓇᖏᑐᐊᕐᓚᑕᓗ.

ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᑦᓴᓂᖅ ᓴᓇᔪᓐᓇᓯᐊᕐᑐᓂᖅ ᐱᓇᓯᑎᓴᒃᑕᓂᖅ ᓇᓗᓴᕐᑕᐅᓯᒪᑦᓯᐊᑐᕐᖄᖅ ᖃᓄᐅᓕᐊᓯᒪᓕᕐᓯᑎᓐᓗ ᐯᐯᒋᑦ ᐃᓗᓯᓂᓇᓂᕐᒥᐅᖅ ᐱᔪᓯᑎᓂᕐᓂᓐ ᑐᕐᖃᑦᓕᐯᓯ ᑕᓯᐅᔨᕐᓴᓪᒋᐊᑦ ᐅᖃᓕᒫᑦᓯᐅᑎᓐᓗ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᑦᓴᓂᓯᐅᖅᑐᓂᖅ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᐊᕐᓚᑦᓴᖑᓪᓚᖑᓕᒃ ᖃᐅᔨᓴᕐᑕᐅᐊᕐᓚᑦᓴᖑᓪᓚᖑᓕᒃ ᓄᓇᓕᒫᑦ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᑦᓴᓂᖅ.

ᒪᑦᔨᓂᖅ ᐱᓇᓯᑕᐅᔨᓴᓂᕐᓴᐅᒋᔭᖏᓐᓄᑦ ᐊᓯᔨᑕᐅᓂᖏᓐᓂᖅ ᐱᓕᓂᔭᐊᓯᖅᑐᓂᖅ ᐱᓇᓯᐊᔨᑎᓂᕐᓴᓂᖅ ᐊᖏᕐᖃᑎᒋᔭᒍᓂᖅ ᐱᔪᓐᓇᖏᑐᐊᕐᓚᑦᓴᖑᓪᓚᖑᓕᒃ ᐅᑭᐅᖅᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᓂᖅ ᐊᓯᔨᑎᓂᕐᓴᓂᖅ ᑐᓴᕐᓯᐊᓂᖅ ($495,000.00ᓂᒃ) ᐱᓇᓯᐊᖏᓂᑕᐅᓯᒪᐊᓕᖏᓐᓄᑦ 2009-2010ᒥ.

ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᑦᓴᓂᖅ ᓴᓇᔨᐅᓂᓇᒪᐊᓕᖑᓪᓚᖑᓕᒃ ᐱᔪᓯᔨᔨᓂᑕ ᐱᓇᓯᖏᓐᓄᒪᔨᐅᔪᓐᓇᓯᓂᖑᓪᓚᖑᓕᒃ ᓄᓇᓕᒫᓯᓐᓂ ᖃᓄᖅᓂᒃ ᑭᓇᐅᔨᖏᓐᓄᑦᓴᓂᖑᓪᓚᖑᓕᒃ ᒥᑦᓴᐅᔨᖏᓐᓄᑦᓴᓕᕐᓯᐊᓇᓇᐅᔨᓯᒪᔪᓐ ᓇᓗᓴᕐᑕᐅᓂᖏᓐᓄᑦᓴᓂᖑᓪᓚᖑᓕᒃ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᑦᓴᓂᖅ ᐱᔪᓐᓇᖏᑐᐊᕐᓚᑦᓴᖑᓪᓚᖑᓕᒃ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᑦᓴᓂᖅ ᓄᓇᓕᒫᑦ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᑦᓴᓂᖅ ᐱᔪᓐᓇᖏᑐᐊᕐᓚᑦᓴᖑᓪᓚᖑᓕᒃ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᑦᓴᓂᖅ.

ᐊᑕᐅᓯᔪᓂᑦᓴᓂᔨᓴᓂᕐᒪᖅ ᓄᓇᓕᓕᒫᓂ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᑦᓴᓂᖅ ᓴᓇᔨᐅᓂᓇᓯᓐᓂᖅ ᐱᔪᓯᔨᓂᒃ ᐱᓇᓯᓐᓇᐃᑎᓐᓂᒃ ᐱᓕᒪᓇᐅᓕᖅᓱᓐᓂᒃ ᐊᑕᓚᓂᑕᔪᑎᑦᓴᖑᓪᓚᖑᓕᒃᖢᓂᖏᓐᓄᑦ ᐊᑐᔨᑦ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᑦᓴᓂᖅ ᐱᓕᒪᓗ ᑭᖑᔪᓂᑦᓴᓂᖑᓪᓚᖑᓕᒃ ᖃᐅᔨᒋᐊᕐᑕᐅᓂᖏᓐᓂᖅ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᑦᓴᓂᖅ ᐱᔪᓐᓇᖏᑐᐊᕐᓚᑦᓴᖑᓪᓚᖑᓕᒃ ᐃᓐᓂᐊᓯᐅᓇᔪᑎᑦᓴᓂᖅ.

ᑕᓪᓕᓂ ᐊᑦᕿᒍᒥ ᐱᓇᓯᐊᑦᓴᐅᔨᓴᐃᓚᓐᓂ ᐊᓪᓚᑦᓴᐅᔨᓴᐃᓚᓐᓂ, ᓯᔭᓂᑎᓂᓐᓗ ᑲᓇᑕᓯᓂᖅᓴᓂᖅ ᓂᓇᐅᑦᓯᓂ.

ᐱᓇᓯᓂᖑᓂᖅ: ᐱᓇᓯᓂᕆᑦ ᐃᓂᓪᓚᖑᔪᓯᖑᒐ ᐊᓯᔨᑦᓴᖏᑦᑕᓂᖑᓪᓚᓐᓗ

ᐱᓇᓯᓂᖑᓂᖅᓴᓂᔭᑦ ᑕᒪᑕᒐ ᐃᒪᓚᖑᔭᖅᓱᓐᓂᒃ ᐄᑦᓯ 31, 2009 ᐱᒋᐊᕐᓯᒍ:

- 51 ᐊᑕᓯᒥᒃ, ᑭᓴᓪᓚᔪᓯᖑᑦ ᐃᓗᐃᑦᔭᓯᓂᒃ ᐱᓇᓯᒪᑦ
- 5 ᐊᑕᖑᓯᑐᒥᒃ, ᑭᓴᓪᓚᔪᓯᖑᑦ ᐃᓗᐃᑦᔭᓯᓂᒃ ᐱᓇᓯᒪᑦ
- 1 ᐱᓇᓯᓂᑐᐃᓐᓇᖅ, ᑭᓴᓪᓚᔪᓯᖑᑦ ᐃᓗᐃᑦᔭᖑᑦᑐᑦ
- 1 ᐊᑕᖑᓯᑐᒥᒃ, ᑭᓴᓪᓚᔪᓯᖑᑦ ᐃᓗᐃᑦᔭᖑᑦᑐᑦ ᐱᓇᓯᓚᖅ

ᑕᓪᓕᒧᑦ ᐃᓱᑦ ᐊᐅᓪᓚᑦᓯᐅᓂᕐᒥᔭᑦ ᐱᓇᓯᓚᓂᖅ ᐊᓪᓚᓗ ᑕᓪᓕᒧᑦ ᑐᖓᓚᐅᓂᕐᒥᔭᑦ ᐊᐅᓪᓚᑦᓯᐅᓇᓯᑦ ᐃᓱᑦ.

ᐊᐅᓚᑦᓯᐅᑎᓂᖅᑎᑦ ᐱᓇᓂᑦᑏᑦ

ᑕᕐᕋᓂ ᐊᖏᕐᒍᒥ, ᐊᐅᓚᑦᓯᐅᑎᓂᖅᑎᑦ ᐱᓇᓂᑦᑎᑎᑦ ᓄᖅᑲᖏᖅᑲᓚᐅᔨᓪᓚᑦ ᐅᑭᐅᖅᑎᑦ ᐃᓪᓚᒋᓪᓚᒃ ᐃᓇᖅᑎᑦᑕᐅᑎᑦᓯᓂᓚᐅᔨᕐᒍᒧᑦ ᓄᐃᑦᓯᓂᑕ ᐊᑕᖅᑎᑦᑐᒥᑦ ᐱᓇᓂᑦᑐᓴᖅ ᐃᓇᖅᑎᑦᑕᐅᓂᒪᖅᓇᓕᐊᓚᐅᔨᓪᓚᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓴ ᐱᐊᖏᑦᓴᖏᖅᓯᒥᓄᓪᓚᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓴᐅᓯᖏᑦᑐᖅ ᐱᓇᓂᑦᑎᑎᑦ ᐊᐅᓚᑦᓯᓴᐅᓯᖏᑦᑐᖅ ᐱᓇᓂᑦᑎᑎᑦ ᓄᖅᑲᖏᖅᓯᒪᖅᓇᓕᐊᓚᐅᔨᓪᓚ

ᑕᕐᕈᓂ ᐊᖏᕐᕋᒍᑦ ᐱᓇᓱᑎᑦᓴᕐᕕᓂᖅ ᐊᖏᕐᕋᒍᑦᓴᕐᕕᓂᖅ, ᓂᐃᖅᖃᒪᑕᖅᑕᑎᑦᓴᕐᕕᓂᖅ ᐱᓇᓱᑎᑦᓴᕐᕕᑦᓴᕐᕕᓂᖅ ᐊᖏᕐᕋᒍᑦᓴᕐᕕᑦᓴᕐᕕᓂᖅ ᐊᑐᑎᑦᓴᕐᕕᑦᓴᕐᕕᓂᖅ ᐊᖏᕐᕋᒍᑦᓴᕐᕕᑦᓴᕐᕕᓂᖅ ᓴᖅᑭᑕᑎᓴᒍᓱᓂᓗ ᐱᓇᓱᑎᑕᑦᖃᒥᓂᖅ.

ᑌᒪᖃᖅᓯᒪᓂᕐᓴᐅᖅ ᐃᓄᓐᓂᖅ ᐱᓇᓱᑎᑕᓚᐅᓐᓂᓱᓴᐅᖅᓂᕐᒥᖅ ᑐᖏᒪᖃᖅᑐᑐᒍᑦ, 21 ᐳᖓᓐᑐᑐᐃᓐᓇᓚᐅᒪᒪᑕ ᐱᓇᓱᑎᓂᒪᑎᓄᑦ.

ᑐᖓᐅᒪᖃᑦᑕᑕᐅᑎᒍᑎᓂᓚᓂᖅ

ᑐᖓᐅᒪᖃᑦᑕᑕᐅᑎᒍᒋᑦ ᓄᓇᕗᒥ ᓴᐳᒍᒪᓚᐃᖅᑕᑕᐅᓴᓚᒪᓚᐅᐅᖅᑐᑦ ᑕᕐᕈᓂ ᐊᖏᕐᕋᒍᑦ, ᓄᓇᓕᓂᓂᓄ ᐃᓐᓂᐊᓴᐅᖅᑕᑕᐅᑎᒍᒋᑦ ᐊᓕᓪᓚᑕᑕᐅᓴᓚᐅᑎᓂᖅᑕᑦ ᐱᓇᓱᑎᑕᑕᐅᓂᖅᑕᑦ ᐱᓇᓱᐊᖏᕐᕋᖅᖃᖅᑐᑦᓴᖅᑕᕐᕕᐅᕐᓂᖅᓴᓐᓂ ᓄᓇᕗᒥ ᖃᖅᓄᐊᕐᓂᖅᓴᓐᓂᕐᓚᐅᓐᓂ. ᑕᒪᓐᓇ ᐱᓇᓱᑎᑕᑕᐅᓴᖅ ᓇᓗᒪᓴᐅᓂᖅᖃᖅᓴᓐᓂᖅᖃᖅᓴᖅ ᓄᓇᕗᒥ ᓄᓇᓕᓂᓂᓄ ᐃᓗᓴᓂᓚᓂᖅᑐᑦ ᐱᐊᑦᓴᐅᓂᖅᑐᑦ ᐊᖏᕐᕋᑦᓴᖅ ᑐᖓᒪᓴᐅᓂᖅ ᐊᖏᕐᕋᒍᑦ ᐃᓐᓂᐊᓴᐅᖅᑕᑕᐅᑎᒍᒋᑦ ᐊᓕᓪᓚᑕᑕᐅᓴᓚᐅᑎᓂᖅᑕᑦ ᐱᓇᓱᑎᑕᑕᐅᓂᖅᑕᑦ. ᑲᓇᑕᒥ ᐃᓐᓂᐊᓴᐅᖅᑕᑕᐅᑎᒍᒋᑦ ᐊᓕᓪᓚᑕᑕᐅᓴᓚᐅᑎᓂᖅᑕᑦ ᐱᓇᓱᑎᑕᑕᐅᓂᖅᑕᑦ ᐊᖏᕐᕋᒍᑦᓴᕐᕕᐅᕐᓂᖅᓴᓐᓂᕐᓚᐅᓐᓂ ᐊᖏᕐᕋᒍᑦᓴᕐᕕᐅᕐᓂᖅᓴᓐᓂᕐᓚᐅᓐᓂᓗ

ᖃᓄᑕᐅᔨᑎᒍᑦ ᐊᒃᓂᐊᓱᐅᕐᓂᑕᐅᔪᑎᑕᓄᓂᓐᓂᒃ ᐃᓕᓴᐅᔪᖅᑲᖏᖅᑎᐅᕐᓗᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ, ᑐᓴᒪᓐᖏᑎᒋᔪᑎᓂᓴᓂᑦ ᐅᖃᖅᑲᐅᑎᒃᓄᓯᑦ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᐅᔪᓪᓚᖅᓯᓂᖅᓱᕐᕋᔪᑦ. ᖃᓄᑕᐅᔨᑎᒍᑦ ᐊᒃᓂᐊᓱᐅᕐᓂᑕᐅᔪᑎᑕᓄᓂᓐᓂᖅᑐᒃ ᐊᑐᓂᑕᐅᓯᒪᔨᑐᓂᖅᑐᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᒃᓂᓂ ᑕᒥᒃᓂ ᑐᓴᒪᑎᓂᓯᔪᐊᖏᖅᑲᓕᕐᒥᒃ ᖃᓄᖅ ᑐᓂᔭᓐᓇᑦ ᓄᓇᖅᓯᒃᓂ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᒃᓴᓂᑦ ᐅᑎᕐᓂᑕᐅᓯᑎᑎᖅᓯᒪᓂᑦ ᓴᓇᔨᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᖏᓐᓄᑦ. ᐊᐅᓚᓱᓂᓐᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓱᐅᕐᓂᑕᐅᔪᑎᑕᓄᓂᓐᓂᒃ ᐊᑐᓴᓂᑕᐅᔪᖅᑲᖏᖅᑎᐅᕐᓗᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᖏᓐᓄᑦ. ᐊᐅᓚᓱᓂᓐᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓱᐅᕐᓂᑕᐅᔪᑎᑕᓄᓂᓐᓂᒃ ᐊᑐᓴᓂᑕᐅᔪᖅᑲᖏᖅᑎᐅᕐᓗᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᖏᓐᓄᑦ. ᐊᐅᓚᓱᓂᓐᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓱᐅᕐᓂᑕᐅᔪᑎᑕᓄᓂᓐᓂᒃ ᐊᑐᓴᓂᑕᐅᔪᖅᑲᖏᖅᑎᐅᕐᓗᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᖏᓐᓄᑦ.

ᓚᐢᑐᐊᕐᓕᒃ ᐊᒃᓂᐊᓕᓂᒃᓴᓂᑦᓚᓂᓕᓂᓐᓂᕆᔨᒃ ᑲᓚᐃᐅᓂᓴᓂᒃ ᓴᓂᑕᑕᕐᓂᖅᓯᒪᓂᒃ ᐊᑐᓴᑎᑦ ᑭᖑᓂᓕᓚᐢᑐᐊᕐᓕᒃ ᖃᓄᐊᓂᓴᓂᒃᑕᑦᓯᓂᒃ ᐊᒃᓂᐊᓱᐅᕐᓂᑕᐅᔪᑎᑕᓄᓂᓐᓂᒃ ᓴᖅᓄᐊᓕᓴᓂᒃᑕᑦᓯᓂᒃ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᖏᓐᓄᑦ ᐊᐅᓚᓱᓂᓐᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓱᐅᕐᓂᑕᐅᔪᑎᑕᓄᓂᓐᓂᒃ ᐊᓂᓕᓂᑎᑦ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᖏᓐᓄᑦ.

ᐊᑦᑕᓇᖏᑦᑐᓕᔪᓂᓐᓂᑦ ᑐᓴᐅᒪᖏᑦᑕᐅᑎᔪᓂᓐᓂᑦᓴᓄᓕᕐᓂᖏᓐᓂᑦ ᐱᐅᓯᓕᐊᖏᑦᑕᐅᓯᓕᓯᓂᑦ. ᑐᓴᐅᒪᖏᑦᖏᑦᑕᐅᑎᔪᓂᑦ ᑭᓇᐅᔪᖏᑦᑕᐅᓯᓕᓯᓂᑦᓴᓄᓕᕐᓂᖏᓐᓂᑦ ᖃᓄᖅ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᐅᔪᓪᓚᖅᓯᓂᖅᓱᕐᕋᔪᑦ ᐊᐅᓚᓱᓂᓐᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓱᐅᕐᓂᑕᐅᔪᑎᑕᓄᓂᓐᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᐅᔪᓪᓚᖅᓯᓂᖅᓱᕐᕋᔪᑦ. ᐊᐅᓚᓱᓂᓐᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓱᐅᕐᓂᑕᐅᔪᑎᑕᓄᓂᓐᓂᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᐅᔪᓪᓚᖅᓯᓂᖅᓱᕐᕋᔪᑦ.

ᐃᓱᓕᐅᑎᓂᒃ ᐊᐅᓚᓱᓂᓐᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓱᐅᕐᓂᑕᐅᔪᑎᑕᓄᓂᓐᓂᒃ ᐊᑐᓴᓂᑕᐅᔪᖅᑲᖏᖅᑎᐅᕐᓗᒃ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓕᓴᐅᔪᓪᓚᖅᓯᓂᖅᓱᕐᕋᔪᑦ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᖏᓐᓄᑦ.

ᐃᓱᓕᑎᒃᓯᒪᔪᖅ, ᓄᓇᕗᒻᒥ ᓄᓇᕗᓕᓂᓂ ᐃᓗᐱᓕᓂᓐᓂᕆᔨᒃ ᐱᒍᑎᓂᑦ ᖃᓄᖅᑲᖏᖅᑎᐅᕐᓗᒃ ᐃᓕᓴᐅᔪᓪᓚᖅᓯᓂᖅᓱᕐᕋᔪᑦ ᑕᒪᑕᒪ, ᐊᐅᓚᓱᓂᓐᓂᒃ ᐃᓱᓕᓂᓂᒃᓴᓂᑦ ᐱᒍᑎᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᒃᓴᓂᑦ ᐊᒃᓂᐊᓂᐊᓕᓂᖏᓐᓄᑦ.

Annual Report
2008-2009

From April 1st, 2008 to March 31st, 2009

Our Rationale

The well-being of the entire Nunavik population

Our Mission

Plan, organize, apply and evaluate programs to serve our population

Our Objective

Improve our population's state of health

Our Values

Autonomy, respect, participation, appreciation of our human resources and collaboration with our partners

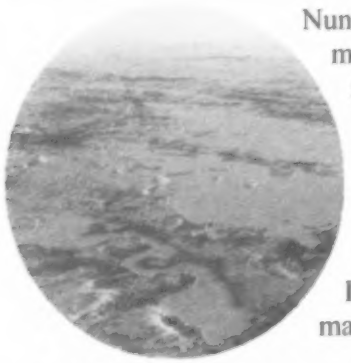
Table of contents

Nunavik – "A Vast Occupied Territory" 5
The Region and Its People 5
Inuit Health Indicators 7
The Nunavik Health and Social Services Sector 8
Nunavik Regional Board of Health and Social Services 8
Health Centres 10
Message from the Chairperson of the Board of Directors 11
Board of Directors 13
Executive management 15
Message from the acting Executive Director 15
Emergency Prehospital Services and Emergency Measures 17
Planning and Programming 19
Message from the Director 19
Introduction to Support Programs 21
Mental Health, Suicide Prevention and Men's Health and Well-Being 23
Family Violence and Sexual Abuse 26
Persons Lacking Autonomy 28
Community Organizations and Resource Development 31
Medical Affairs, Clinical Projects and Physical Health 33
Addictions 35
Public Health 37
Message from the Director 37
Human Resources 37
Protection of Public Health 38
Prevention 40
Health Promotion 44
Knowledge – Surveillance – Information 51
Research and Evaluation 52
Participation in Committees or Workgroups– Representation 53
Perspectives for 2009-2010 53
Inuit Values and Practices 55
Message from the Director 55
Midwifery 56
Report on needs assessment for students of residential hostels/residential schools 56
Report on Inuit management training program 57
Aboriginal Health Human Resources Initiative (AHHRI) 59
Aboriginal Health Transition Fund (AHTF) 59
Report on healing project 60
Nunavik Youth House Association 61
Brighter Futures 62

Administrative Services 64
Message from the Director 64
Financial Resources 65
Fixed Assets and Equipment 69
Biomedical equipment 69
Human Resources: Profile of Personnel Organization and Movement 70
Information Systems 71

Nunavik – "A Vast Occupied Territory"

The Region and Its People



Nunavik, the Inuit region of Québec, is a vast territory that covers more than 500 000 square kilometres. It includes tundra and taiga zones and has a varied landscape—mountains, boreal forest, innumerable lakes and rivers and the wide open beauty of the sea.

There are different interpretations of the word 'Nunavik.' To some people, Nunavik means 'the place where we have landed.' In Tamusi Qumak's dictionary of Inuktitut, Nunavik means 'a massive land occupied by animals.'

Today, Nunavik is home to approximately 10 000 inhabitants, 90% of whom are Inuit, living in 14 villages along the coasts and rivers: Kuujjuaraapik, Umiujaq, Inukjuak, Puvirnituq, Akulivik, Ivujivik, Salluit, Kangiqsujuaq, Quaqtaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kuujjuaq and Kangiqsualujjuaq.

Each community has its own municipal infrastructure and modern essential services that are adapted to the North. For example, houses and other buildings have running water, which is delivered daily by truck from local reservoirs.

There are no roads to Nunavik; travel and shipping to and from the region are by airplane and freight ship.

With the exception of Kuujjuaq, these small communities are dispersed along the 2 500 kilometres of shoreline that border Nunavik, some on the east coast of Hudson Bay, others on the coasts of the Hudson Strait and Ungava Bay. Kuujjuaq is located a little farther inland, upstream on the Koksoak River, directly at the treeline, straddling taiga and tundra. With its population of 2 000 inhabitants, it is the largest community of the region, which also makes it the administrative centre of Nunavik.

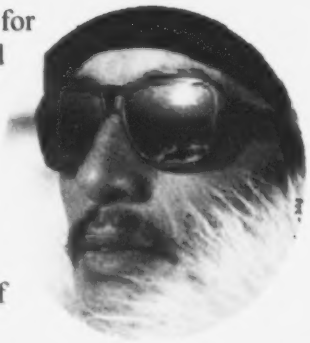
Regardless of the distance that separates them from one another, the warm-hearted Inuit, who were once nomads, like to visit each other. However, since the Nunavik communities are not linked together by roads, the inhabitants must travel by aircraft, boat or snowmobile, depending on the season, to go from one village to the next. No matter how cold it can get, this makes for warm encounters.

Since the majority of the Nunavik population is Inuit, Inuktitut is the language most used in the region. On the other hand, due to the federal government's predominant presence in the region's

previous administration, the use of English is also widespread, especially in the workplace, and this more than French, although the later is making considerable progress.

If you would like to know more about the region, please visit: **www.nunavik.ca**.

Inuit Health Indicators



The health indicators for Inuit of Nunavik are substantially worse than for the rest of Québec: life expectancy is 16 years lower, infant mortality and hospitalization rates are four times higher, and there are high rates of infectious diseases. The causes of the high mortality rate include malignant tumors, cardiovascular diseases, respiratory diseases, tobacco-related complications and alcohol-related accidents. Also, Nunavik's suicide rate is more than seven times higher than that of the rest of Québec: rates among youth between 15 and 19 years of age are 46 times higher and those among young adults between 20 to 24 years of age are 23 times higher.

Since the cost of living is much higher in Nunavik due to transportation-related costs, an estimated 43% of Nunavik households live below the poverty line, compared to 17% for Québec. Nunavik also suffers from a shortage of housing, with more than 500 families or individuals registered on a waiting list. Although the average number of persons per household is 4.72, it is not rare to see 10 to 12 persons living under the same roof. Moreover, although some dwellings have up to five or six rooms, a large number of them have less, which contributes to a higher number of persons per room in Nunavik (0.93) than in all of Québec (0.5).

Sources

- Health and social services in Nunavik
- NRBHSS Executive Summary, 2007
- Nunavik Regional Plan against an Influenza Pandemic, Health Mission, draft document, NRBHSS, 2006
- 2005-2006 Annual Report
- Avataq Cultural Institute Website

The Nunavik Health and Social Services Sector

The Nunavik health and social services network comprises the Nunavik Regional Board of Health and Social Services, the Inuulitsivik Health Centre (Hudson Bay) and the Ungava Tulattavik Health Centre (Ungava Bay).

The basis for the development of health and social services in the Nunavik region was established by the James Bay and Northern Québec Agreement of 1975 (JBNQA) and its complementary agreements. The organization of health and social services remains under the auspices of the provincial system, but it is adapted to the region's characteristics.

Because of its population size and sociocultural characteristics, Nunavik is a privileged place where the curative and the preventive mix, a place where activities in promotion, prevention and protection are carried out very harmoniously and smoothly, as much in the health sector as in social services.

Nunavik Regional Board of Health and Social Services

For the ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Nunavik is administrative health region 17. The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) manages a budget of close to 100 000 million dollars, destined for health and social services for the populations of the 14 communities.



The NRBHSS employs about 55 Inuit and non-Inuit workers and includes an Executive Management Department, a Public Health Department, a Planning and Programming Department and an Administrative Services Department during the year 2007-2008 the Inuit Values and Practices Department was created.

A board of directors of 20 members oversees the NRBHSS:

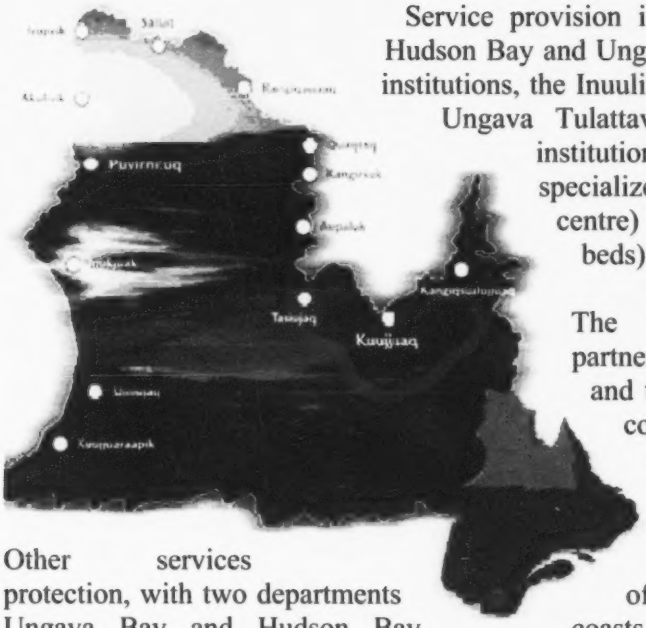
- 14 representatives, one for each community in Nunavik;
- The executive directors of both health centres (Tulattavik and Inuulitsivik, two members);
- A member appointed by the board of directors of each health centre directly from the representatives elected by the villages (two members).

- A representative chosen by the board of directors of the Kativik Regional Government (KRG);
- The Executive Director of the NRBHSS.

Besides the functions directly connected with administration, the board of directors is responsible for identifying the priorities with regard to the population's needs in health and social services, priorities that are presented at the public information meeting held annually by the NRBHSS.

The law requires that the board of directors of the regional board and the institutions consist of a majority of Inuit members.

Health Centres



Service provision is organized locally and by subregion—Hudson Bay and Ungava Bay—and is centred at two multi-role institutions, the Inuulitsivik Health Centre in Puvirnituq and the Ungava Tulattavik Health Centre in Kuujjuaq. These institutions assume the missions of general and specialized-care hospital centres (15 beds per centre) as well as long-term care facilities (10 beds).

The Tulattavik Health Centre works in partnership with the Municipality of Kuujjuaq and the Kativik Municipal Housing Bureau in connection with a 10-bed nursing home. A day centre for the elderly has also been established in Kuujjuaq.

Other services provided include child and youth protection, with two departments of Youth Protection, one for each of the Ungava Bay and Hudson Bay coasts. Facilities include one regional 14-place rehabilitation centre in Salluit, two subregional 8-place group homes in Puvirnituq and Kuujjuaq and a CLSC (point of service) in each of the 14 villages.

At present, a CLSC point of service exists in each community, comprising a team of professionals from varying sectors and disciplines offering a range of health and social services to the population. The composition of the team varies from one community to another, based on the size of the community and the functions of the team.

Second-line health services in Nunavik are limited. Recourse to resources outside Nunavik is the norm for practically all specialized medical examinations and treatment. Some are offered by the two health centres, notably by visiting specialists, such as gynecologists, psychiatrists, orthopedists, etc. If adequate specialized or ultra-specialized services cannot be provided, the client is referred to service providers in the South under the McGill RUIS agreement or other agreements.

Patient services in Montréal serve as liaison and support in these cases of transfer, ensuring reception, transportation, lodging and interpretation services, as well as liaison with the northern institutions.

A five-bed regional intensive crisis centre, located in Puvirnituq, offers second-line mental-health services. Clients can also be referred to the CHUM Notre-Dame (two beds).

Message from the Chairperson of the Board of Directors



As in the past, we have pursued our collaboration with different organizations to find the appropriate solutions to develop and improve Nunavik health and social services.

After many years of work, the Agreement-in-Principle for a Nunavik government was signed in the Quebec Assembly. At this time, the legal mechanisms on how all of this will be done is in progress. We are following closely this process which will be become the Final Agreement, we hope, in 2010.

Following the Katimajiit Conference held in August 2007, the NRBHSS has worked diligently on the issues and recommendations brought forward. Inuit leaders and representatives of the governments of Québec and Canada took part in the follow-up meeting on the Katimajiit conference on March 6, 2009.



As for the health and services network, we have achieved or in the process of achieving some major improvements in the youth protection, community mobilization, dependencies and violence fields:

- For individuals confronted with special health problems, the former Kangiqsualujjuaq school will be converted into a multifunctional services centre. This is a $3.8 million project being carried out jointly by the Ministry of Health and Social Services and the Ministry of Municipal Affairs, Regions and Land Occupancy, which will ensure that the current residents will be relocated.

- Youth protection is an issue of concern on the territory of Nunavik. As a result, the region now has 14 additional youth protection officers and the money required for their continuing education will be offered to them. This commitment alone represents an investment of close to $2 million per year. To this group must be added 5 professional workers, 2 Inuit workers and a clinical supervisor for front-line social services.

- Efforts are being made to consolidate the organization of family and youth services through the creation of a regional youth rehabilitation office placed under the responsibility of the Tulattavik Health Centre. With the financial assistance of the Government of Québec, the Nunavik Regional Board of Health and Social Services will be able to hold a regional consultation on the subject of traditional adoptions.

- With the funding granted for the hiring of 14 Inuit community workers as well as for the activities of the health committees, each community will be able to mobilize in order to find potential solutions to deal with social problems more effectively.

- In this same perspective, the Government of Québec has also increased the funding granted to the Isuarsivik Treatment Centre so that it can develop a regional mandate in order to meet the needs of all of the communities, as well as a specific intervention mandate with young people. Finally, the funding of three shelters for women who are victims of domestic abuse and their children has also been increased.

Our region is facing many challenges and we are optimistic about the future. Without the dedication of all interveners in the Nunavik health and social services network who responds to the needs of the population, we would not be able to continue our efforts at improving the quality of life of *Nunavimmiut*.

We would like to thank all the members of board of Directors of the Nunavik health network for their contribution and commitment during this year.

Last of all, I would like to acknowledge Jeannie May's contribution and dedication as Executive Director. We wish her many moments of happiness during her maternity leave. I would like also to acknowledge the contribution and dedication of Gilles Boulet who is replacing her.

Alasie Arngaq

Board of Directors

The NRBHSS congratulates the members who were newly appointed during the last year and is looking forward to close cooperation to meet our common objective to improve the state of health of all *Nunavimmiut*.

Composition of the Board of Directors on March 31, 2008



1.	Arngak, Alasie	Kangiqsujuaq Representative/ Chairperson
2.	Pomerleau, Madge	Tulattavik Executive Director/ Vice-Chairperson
3.	Boulet, Gilles	NRBHSS Acting Executive Director / Secretary
4.	Weetaluktuk, Eva	Inukjuak Representative/ Executive Committee Member
5.	Kanarjuak, Saira	Inuulitsivik BOD Representative/ Executive Committee Member

DIRECTORS

6.	Ainalik, Adami	Ivujivik Representative
7.	Angutigirk, Ida	Salluit Representative
8.	Baron, Christina	Kangiqsualujjuaq Representative
9.	Epoo York, Lizzie	Tulattavik BOD Representative
10.	Ezekiel, Padlaya	Quaqtaq Representative
11.	Garneau, Gérald	Inuulitsivik Acting Executive Director

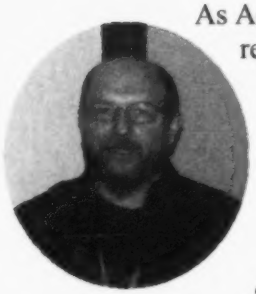
12. Kauki, Annie Munick	Tasiujaq Representative
13. Kumarluk, Willie	Umiujaq Representative
14. Makimmak, Lizzie	Akulivik Representative
15. Moorhouse, Andy	K.R.G. Representative
16. Niviaxie, Lizzie	Kuujjuaraapik Representative
17. Oninak, Masha	Aupaluk Representative
18. Pinguapik, David	Kangirsuk Representative
19. Snowball, Bobby Sr.	Kuujjuaq Representative
20. Uitangak, Elisapi	Puvirnituq Representative

During the session on December 9-11, 2008, Gilles Boulet, NRBHSS Acting Executive Director, was appointed as secretary replacing Jeannie May who is leaving on maternity leave.

No policies were adopted or revised during the fiscal year.

Executive management

Message from the acting Executive Director



As Acting Executive Director, I am pleased to present the 2008-2009 annual report.

During the year, we faced many interesting challenges:

- The year 2008-2009 saw the ongoing reorganization of youth services in the Nunavik region. In spite of all the efforts invested, we have realized that the successful reorganization of youth services and the improvement of living conditions for Nunavik youths must be accompanied by a major improvement in the region's housing situation;

- Throughout the year, we worked with our partners on a project to set up a multi-service building in Kangiqsualujjuaq. The official announcement was made in Montréal on March 6, and the work is scheduled to start in February 2010;

- Also on March 6 in Montréal, a memorandum of understanding concerning the strategic regional planning was signed. That memorandum stipulates that the *MSSS* and the regional board must meet regularly to discuss the planning and arrive at an agreement before March 3, 2010;

- Efforts continued with the *MSSS* concerning housing for the workers of the health and social services network of Nunavik. Those efforts also take into account the need for office space in the network;

- We participated in the technical committee for follow-up to the commitments made at the Katimajjiut Summit held in 2007;

- We also worked diligently to reorganize youth services in the region;

- Throughout the year, the regional board maintained its efforts to clarify the financial situation of the region's health and social services network. Those efforts primarily involve the setup of a system for rigorous financial follow-up including all the relevant reports;

- The relocation of the *MNQ* (Northern Québec Module) and the portfolio of insured/non-insured health benefits (INIHB) were also major concerns. After the *MSSS* audit, the regional board worked on restructuring the INIHB portfolio for Nunavik;

- Pursuant to the report and the recommendations of the ministerial committee on the functioning of the Inuulitsivik Health Centre, the regional board began preparing the setup of a regional department for human-resources development, which, among other things, will be tasked with personnel recruitment and retention in the Nunavik network, especially concerning Inuit manpower. That department will be in charge of the implementation of the adapted training program to ensure improved retention;

- Another of the regional board's priorities is to consolidate, as soon as possible, the regional network of midwives and maternity services on both the Hudson and Ungava coasts;

- Over the winter, we welcomed a deputy ministerial delegation and revealed to its members some of the realities and difficulties we face in the region;

- Besides participating in several committees and workgroups, we also actively participated in the regional partnership committee that supports the communities in their initiatives for positive social change;

- In closing, this year saw Claude Bouffard's departure for retirement. We thank Mrs. Bouffard, who served as Director of Planning and Programming, for her contributions to the region. We welcomed her replacement, Johane Paquette, and wish her success in her new functions. We would also like to thank Michèle Forgues, who returned to support the Executive Management Department and the board of directors during 2008-2009.

Finally, I would like to express my gratitude to the personnel of the NRBHSS and the members of its board of directors for their support in the fulfilment of my functions.

Gilles Boulet

Emergency Prehospital Services and Emergency Measures

Emergency Prehospital Services

During 2008-2009, we were able to set up emergency prehospital services in the communities of Quaqtaq, Aupaluk, Tasiujaq, Umiujaq and Ivujivik.

New first responders were trained and those already in service were recertified. Other training sessions are planned in view of completing setup of the services and increasing the number of responders in certain communities in 2009-2010.

Negotiations are scheduled with the municipal authorities and the Tulattavik (Kuujjuaq) and Inuulitsivik (Puvirnituq) Health Centres to ensure implementation of the first-response service during 2010-2011.

Keep in mind that the Tulattavik and Inuulitsivik Health Centres already offer ambulance services of good quality; the first responders' role should therefore be reviewed and adapted as a consequence.

Thanks to close collaboration with the *ministère de la Santé et des Services sociaux*, implementation of first-response services is complete in 12 northern communities, for the benefit of all *Nunavimmiut*.

Emergency Measures in the Health Sector

Through the emergency-measures program, the regional board intervenes when the health centres' capacity is exceeded.

To respond effectively to all health emergencies that could arise in Nunavik, an emergency-coordination centre was set up. That centre possesses equipment at the cutting edge of technology, and communications are ensured through a new satellite-telephone system available at the CLSCs as well as at the Tulattavik and Inuulitsivik Health Centres.

The supraregional pandemic-influenza plan (SPIP), designed in collaboration with the emergency-measures teams of the Nord-du-Québec, James Bay and Abitibi-Témiscamingue regions, continues to evolve and undergo updates.

That integrated plan represents a first for the health network. Our shared vision of the struggle against a pandemic led four administrative health regions of Québec to unite in order to provide a unified response to the threat of an influenza pandemic. The supraregional plan is the end result and is a precedent in terms of collaboration and solidarity which, we hope, will be repeated in other fields.

Colloquium on Public Safety

The second annual colloquium of the Nord-du-Québec regional public-safety agency (RPSA) was held in Kuujjuaq from August 25 to 27, with the theme "A different perspective on public safety in Québec."

The Nunavik RPSA is proud to announce that the annual colloquium united more than 130 guests. Several speakers shared their experiences related to emergency measures.

The third colloquium will be organized by the Cree community of Wemindji in close collaboration with the Rangers and the Canadian Armed Forces.

Planning and Programming

Message from the Director



The year 2008-2009 was one of transition. After the departure of Claude Bouffard and my arrival in the department, I became familiar with all the portfolios and the work well under way pursuant to the Katimajiit Summit. Major investments by the *MSSS* enabled us to focus our actions on the reorganization of youth services. In spite of the numerous hiring efforts, the better-defined organizational structures and the training offered, we are still working at stabilizing the crisis and making daily efforts to avoid service interruptions. All the employees, the health centres and our partners are working at creating service corridors that will enable our youths and families to receive services and programs adapted to their needs. Efforts at close collaboration are being made so that together, we can ensure our population's well-being and arrive at permanent solutions.

It is clear that the problems of suicide, violence in various forms and alcohol and drug abuse, as well as the preservation of Inuit activities and values, are preoccupations for the entire team. The lack of social housing and employee housing (for both Inuit and non-Inuit) is a major challenge for all the partners. Efforts involving our values and our work organization, as well as a better definition of the team's roles and responsibilities, are under way. A coordinated plan of action enabled us to set priorities among our actions according to the guidelines adopted at last year's annual general meeting.

With the clinical project's awareness phase complete, next year will see its development into an important level to support our health centres in presenting service programs. Those programs will permit further harmonization of our practices in order to ensure greater service quality, continuity and accessibility.

With the signature of formal agreements with our partners in the South, the relocation of the *MNQ* (Module du Nord Québécois) will be an important project for improving the services offered in the South. Efforts at reorganizing youth services will continue so that the recommendations of the *Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*'s report can be applied. For that purpose, the various organizations should work together at setting up concrete means to respond to our population's specific needs. Concerted actions will be necessary at the socio-economic, political and community levels so the programs can be deployed efficiently and in response to the communities' real needs.

I plan on assuming my functions with all my energy and dedication to achieving results. The existing team is prepared to contribute all its expertise, its support and its dedication to carrying

out our priorities for action so that all concerned, both individually and collectively, can respond to our population's needs.

Johane Paquette

Introduction to Support Programs

The support-programs unit of the Department of Planning and Programming consists of a coordinator and four officers responsible for developing activities in the following service programs:

- mental health and suicide prevention;
- family violence and sexual abuse;
- persons lacking autonomy and physical rehabilitation;
- community organizations and resource development.

The support-programs team ensures the development of portfolios according to the following guidelines: ongoing collaboration with its partners, community involvement and development of local Inuit resources for service provision. This implies respect for Inuit culture and distinctiveness. For that reason, the advisor encourages the establishment of ties between the unit's officers and both the Department of Inuit Values and Practices and the Department of Public Health.

Highlights of Support-Programs Coordination

The following table presents an overview of the development activities undertaken by the advisor in collaboration with each of the officers.

Management and planning	• Hiring of an officer responsible for the portfolios of violence and sexual abuse in the fall 2008; • Hiring of an officer responsible for community organizations and resource development; • Design of the program for community liaison wellness workers; • Budget monitoring for programs (funding, transfers to the institutions and partners).
Mental health and suicide prevention	• Follow-up to implementation of the mental-health project (improvement of psychiatric services in the communities), particularly concerning the setup of mental-health teams at both health centres, and start of the working plan; • Project for supervised apartments in Puvirnituq (for psychiatric clientele subject to clinical follow-up);
Familty violence and sexual abuse	• Construction project for housing in order to hire professionals for the women's shelters of Salluit and Kuujjuaq; • Project for a women's shelter in Inukjuak.

Persons lacking autonomy and physical impairment	• Project for a multiclientele centre in Kangiqsualujjuaq for elderly persons and handicapped persons; • Resource-development project for elderly persons of Nunavik; • Partnership project with the physical-rehabilitation centres of the Montréal area;
Community organizations and resource development	• Follow-up to the development of community organizations; • Definition of the training program for community liaison wellness workers; • Start of work on development of a training program in health and social services to be offered in Nunavik.

Perspectives for 2009-2010

Program coordination	• Setup of the program for community liaison wellness workers in partnership with both health centres, the Department of Inuit Values and Practices and the Department of Public Health; • Participation in the pandemic-influenza plan: support for the physical-health and psychosocial-health components.
Mental health and suicide prevention	• Continued development of the regional strategy and cross-sector intervention protocols to combat suicide and establishment of regional partnerships; • Continued development of Inuit resources for suicide prevention, intervention and postvention; • Planning of long-term activities; • Mental-health project: follow-up to the work of the mental-health teams at both health centres; a model for intervention with and follow-up for Inuit clientele should be designed and proposed; • Work at obtaining a recurrent budget for maintaining mental-health teams and discussions with the *MSSS*.
Family violence and sexual abuse	• Provision of housing for the professionals of the women's shelters of Salluit and Kuujjuaq; • Opening of the women's shelter in Inukjuak; • Setup of designated centres for victims of sexual abuse.
Persons lacking autonomy and physical impairment	• Development of partnerships and opening of the multiclientele centre in Kangiqsualujjuaq for elderly persons and handicapped persons; • Development of a partnership with the physical-rehabilitation centres of the Montréal area;

	• Planning for the setup of two extended-care hospital centres;
Community organizations	• Creation of new community organizations: women's shelters in Inukjuak, multiclientele centre in Kangiqsualujjuaq, supervised apartments in Puvirnituq; • Establishment of terms of reference and follow-up protocols for community organizations;
Resource development	• Design of the training program for the community liaison wellness workers; • Design of a training program in health and social services to be offered in Nunavik.

The advisor is responsible for supervising the officers in appropriately carrying out the activities defined in their respective work plans. This year, the support-programs team made significant progress in each service program. The following pages report on the activities.

Mental Health, Suicide Prevention and Men's Health and Well-Being

Under support programs, an officer is responsible for mental-health and suicide-prevention service programs. That officer is also responsible for the future development of services destined for men in difficulty (portfolio of men's health and well-being).

The mental well-being of our territory's inhabitants is a constant preoccupation. This year, our major issue was the startup of the mental-health project, funded by Health Canada. Our objective is to ensure the setup of psychiatric services adapted to the needs of individuals and in partnership with the communities.

Our concern to improve the mental well-being of individuals also goes through the introduction of effective measures to combat suicide, a very important issue for us. Suicide primarily affects youths but also takes its toll on the adults and elderly persons of our communities. Through the setup of the Nunavik Regional Suicide-Prevention Committee, the region's principal actors are presently organizing a concerted and planned response in matters of promotion, prevention, intervention and postvention in our territory for all clientele, especially youths.

Highlights

Mental Health

- Hiring of members for the mental-health teams at both health centres (project funded by Health Canada) and planning of the work;

- Gathering of information in the communities by both teams: nature of psychiatric problems, needs and suggestions for service improvement, service supply in each community;
- Start of work with the governments to obtain recurrent funding and maintain the mental-health teams on both coasts.

Suicide Prevention

- Continuation of work within the Regional Suicide-Prevention Committee, aimed at the implementation of a concerted regional strategy for suicide prevention in collaboration with all our partners;
- Continued training for Inuit instructors in suicide prevention: to date, five instructors have received ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training) accreditation, offered by Living Works; two other instructors are presently in the accreditation process;
- Six ASIST prevention workshops were offered by the Inuit instructors in the villages;
- Three postvention workshops were offered after a number of suicides and traumatic events.

Suicide-Prevention Training to Date

Type of Training	Village	Date	Number	Type of Clientele
2007-2008				
ASIST prevention	Kangirsuk	Feb-07	22	Youth centres
ASIST prevention	Puvirnituq	Mar-07	20	Youth centres
ASIST prevention	Salluit	May-07	14	7 Inuit from the communities and 7 CLSC workers
ASIST prevention	Kuujjuaraapik	Sep-07	15	8 Inuit from the communities 7 CLSC workers
		Total 2007-2008	**71**	
2008-2009				
Meeting and follow-up to training for the ASIST instructors	Kuujjuaq	Jul-08	6	ASIST instructor
ASIST prevention	Kangirsuk	Sep-08	17	Inuit from the communities
ASIST prevention	Kuujjuaq	Nov-08	18	Inuit from the communities
ASIST prevention + grieving after suicide	Puvirnituq	Jan-09	12	Inuit from the communities
ASIST prevention	Inukjuak	Jan-09	13	Inuit from the communities
ASIST prevention	Salluit	Mar-09	14	Inuit from the communities
ASIST prevention	Akulivik	Mar-09	17	Inuit from the communities
ASIST prevention + grieving after suicide	Kangiqsuallujjuaq	Apr-09	15	Inuit from the communities
		Total 2008-2009	**112**	
		Total to date	**183**	

Men's Health and Well-Being

- The work will begin in 2009-2010.

Perspectives and Issues for 2009-2010

Mental Health

- Analysis of the data gathered in the communities concerning needs in mental health and in service organization;
- Evaluation of the actions carried out by the mental-health teams in order to propose improvements in preparing the service-provision model;
- Design of a model for provision of psychiatric services for youths and adults, adapted to the Nunavik communities;
- Collaboration with the territory's mental-health resources to improve their services and support their resources (supervised apartments in Kuujjuaq and Puvirnituq, Inukjuak reintegration centre and Puvirnituq crisis centre).

Suicide Prevention

- Follow-up to training activities in prevention and postvention in the villages;
- Support for ASIST instructors and accreditation for instructors in training;
- Evaluation of training activities carried out to date;
- Preparation of a third cohort of ASIST instructors in suicide prevention to serve the communities;
- Improvement of protocols destined for first-line workers after a suicidal act;
- Improvement of suicide-prevention services: introduction and planning of the White Stone training developed specifically for young aboriginals and adapted to Inuit culture;
- Improvement of crisis services after a suicide: UPS-Justice training (training for workers and partners to better equip them for emergency response).

Men's Health and Well-Being

- Analysis of the services to set up relative to the governmental plan of action for men's health and well-being.

Family Violence and Sexual Abuse

All the work carried out in the portfolios of family violence and sexual abuse rely on the establishment of productive partnerships between the various regional actors, which requires the

definition of strategies as well as concerted and complementary actions. These portfolios are related to several priorities identified by the population during the NRBHSS' past annual general meetings:

- *services for youths in difficulty;*
- *violence and sexual assault against women and children;*
- *neglect of vulnerable clientele.*

Highlights

- ***Follow-up to the symposium on sexual abuse (March 2008)***
    - Summary of the symposium recommendations and distribution of the results to the partners;
    - Creation of an internal committee at the NRBHSS on family violence and sexual abuse to promote coordinated and concerted actions by the NRBHSS concerning those two issues;
    - Review of the symposium recommendations and the activities carried out or under way to plan the future intervention strategy.

- ***Designated centres for victims of sexual abuse***
    - Participation in the colloquium on designated centres;
    - Definition of the process of setting up designated centres in Nunavik.

- ***Shelters for women victims of violence***
    - Continued work and negotiations toward opening of the Ajapirvik Shelter in Inukjuak for the fall 2009;
    - Continued discussions to maintain the Tunngavik Shelter in Kuujjuaraapik open;
    - Procedures undertaken for the installation of two houses, one near the Initsiaq Shelter in Salluit and the other near the Tungasuvvik Shelter in Kuujjuaq; these houses are necessary to lodge the professionals who will be hired to develop services for victims of violence and their entourage;
    - Organization of training for the coordinator of the Initsiaq Shelter in Salluit: this eight-day training session was given at the Native Women's Shelter of Montréal in November 2008 and was aimed at improving skills in administration, personnel management, intervention and development of projects and activities for victims of violence;
    - Organization of networking activities for Nunavik shelters: these shelters are now part of the network of Native community shelters of Québec Native Women Inc.; representatives of the Initsiaq Shelter in Salluit, the Tungasuvvik Shelter in

Kuujjuaq and the future Ajapirvik Shelter in Inukjuak participated in a meeting of that network in February 2009, in Montréal, as well as in the Ishketeu training aimed at improving intervention practices and the services offered by the shelters so they respond better to the needs and realities of victims of violence.

Perspectives for 2009-2010

- Continued discussions with the regional organizations on the portfolios of family violence and sexual abuse: in September 2009, a regional meeting will be held to identify priorities for action and to set up workgroups; those groups, composed of regional partners, will be tasked with carrying out projects against violence and sexual abuse in the communities.

- Identification of the Ungava Tulattavik Health Centre (Kuujjuaq) and the Inuulitsivik Health Centre (Puvirnituq) as designated centres for victims of sexual abuse: each designated centre's medicosocial teams will be responsible for medical and psychosocial intervention with victims (intake, examination, treatment, medical follow-up, psychosocial follow-up); those teams will be composed of professionals who will receive training specifically designed for this type of intervention; for each designated centre, a cross-sector committee composed of representatives of the partners will ensure coordination of interventions; a model for organizing services for victims of sexual abuse will be adapted to the reality of each designated centre in collaboration with this committee.

- Organization of information and awareness activities relative to non-violence to prepare the population for the arrival of the new shelter for victims of violence in Inukjuak.

- Organization of meetings and training sessions for the personnel of the shelters in order to improve the services for victims of violence and encourage networking to discuss the problems experienced and the solutions adopted.

- Continued procedures toward the construction of houses to lodge the professionals who will be tasked with developing services for the Initsiaq Shelter in Salluit and the Tungasuvvik Shelter in Kuujjuaq.

Persons Lacking Autonomy

Most of the activities related to home care, community care and physical rehabilitation were focussed on the creation of ties and the improvement of collaboration between the local, regional and provincial partners. This resulted in more concerted actions and improved services for persons lacking autonomy.

Home and Community Care

During the NRBHSS 2008 annual general assembly, community members identified actions to counter violence as a priority. Keeping this in mind, the objective of the majority of this year's home- and community-care activities was the improvement of services for the elderly and others lacking autonomy, as they are more vulnerable than the general population.

A proposed six-year plan for developing residential resources was presented to the regional and provincial partners with the goal of further collaboration and improvement of housing, support and overall quality of life for the elderly persons of Nunavik.

- As a first step, a proposal was submitted to the Québec Government for the renovation and conversion of a social-housing apartment building in Kangiqsualujjuaq (Building M-17) as a social-housing facility adapted for elderly persons and physically disabled persons.

A regional network of three nursing homes was created.

- The need for such a network was expressed by the board of directors of the Sailivik nursing home during a meeting in Puvirnituq in June 2008.
- The coordinators of the three nursing homes had their first meeting in Kuujjuaq in November 2008 and benefited from exchanging tools and practices.
- The next step was to collaborate on a proposal for a project for sharing best management practices within the network of Nunavik nursing homes.

Collaboration with regional and provincial partners was initiated in order to ensure concerted action to address the mistreatment of elderly persons.

- The regional partners are the health centres, the Nunavik Seniors Committee, the Nunavik Women's Association, the Kativik Regional Government, Makivik Corporation and the Kativik Municipal Housing Bureau.
- The provincial partners are the *Secrétariat aux aînés* (Seniors' secretariat), *Secrétariat aux affaires autochtones* (Secretariat for aboriginal affairs) and various provincial organizations mandated to improve the situation of elderly persons in Québec.
- The partners contributed to projects that will offer clear information to elderly persons about their rights as well as the services available to them (regional seniors' directory, regional radio and poster campaign to raise awareness about mistreatment of the elderly).

With the goal of improving home-care services for elderly persons and other persons lacking autonomy, first-aid and CPR training was provided for home-care workers (visiting homemakers or FSA workers) and other interested community members. Courses were offered in Tasiujaq, Quaqtaq, Kangiqsujuaq, Akulivik, Umiujaq and Kuujjuaraapik in April and May 2008. Out of the 57 individuals who attended, 39 completed both first aid and CPR and 18 received certificates for CPR training.

Rehabilitation – Physical Impairment

Another priority established last year was the improvement of service provision for persons with physical disabilities. Special attention was paid to children and youths with special needs.

The NRBHSS internal committee on rehabilitation worked on several projects:

- service agreement for provision of specialized rehabilitation services;
- project proposal for an updated needs assessment of persons with physical disabilities.

The Nunavik rehabilitation team visited the Constance Lethbridge and MacKay Rehabilitation Centres in Montréal in February 2009 with the goal of establishing links and improving collaboration:

- monthly clinical consultations will be held by videoconference;
- effective channels of communication enabled the northern and southern teams to ensure that Nunavik clients can access all the services available in the South;
- follow-up services for clients returning from the South can be better coordinated thanks to the collaboration of all interveners.

Perspectives for 2009-2010

In the coming year the collaborative work will continue with respect to new and ongoing projects related to persons lacking autonomy:

- consolidating and enlarging the network of Nunavik nursing homes (opening of the converted M-17 building in Kangiqsualujjuaq);
- drafting a project proposal for a long-term care facility on each coast;
- working with regional and provincial partners on raising awareness on mistreatment of elderly persons and joining in a province-wide action plan to combat abuse of the elderly.



Celebrating international Elders' day in Kangiqsualujjuaq

Community Organizations and Resource Development

The portfolios of community organizations and resource development involve the regular follow-up to the funding and monitoring activities of organizations funded under the subsidy program for community organizations. Further, the officer for these portfolios sees to the development of training for regional resources and supports the training officers of both health centres in their respective actions.

Highlights

Community Organizations

A total of nine community organizations received funding from the NRBHSS in 2008-2009.

Table: Community Organizations - Funding under Subsidy Program

Sector	Community	Organization	Contributions
Status of women	Inukjuak	Saturviit Inuit Women's Association	$ 50,000
Violence and abuse	Kuujjuaq	Tungasuvvik Women's Shelter	$ 690,492
	Salluit	Initsiaq Women's Shelter	$ 532,092
	Kuujjuaraapik	Tunngavik Women's Shelter	$ 150,000
	Inukjuak	Ajapirvik Women's Shelter [1]	$ 50,000
Substance abuse	Kuujjuaq	Isuarsivik Adult Treatment Centre	$ 600,000
Elderly persons	Kuujjuaq	Tusajiaapik Nursing Home	$ 215,000
	Puvirnituq	Sailivik Nursing Home	$ 88,933
	Inukjuak	Nursing Home [1]	$ 50,000
Mental health	Kuujjuaq	Ungava Community Residence	$ 200,000
	Puvirnituq	Uvattinut Community Residence [1]	$ 100,000
		Total	**$ 2,726,518**

[1] Startup budget

Besides the activities related to funding for community organizations, the following development efforts were carried out in collaboration with the officers responsible for the service programs:

- *Service program for family violence and sexual abuse* (relative to the priorities identified at the NRBHSS' AGM):
    - efforts in collaboration with two organizations for the construction of two single-family houses to lodge professionals who will offer services to victims of violence in the shelters of Kuujjuaq and Salluit;
    - efforts toward the construction and opening of a fourth shelter for victims of violence in Inukjuak.

- *Program for psychiatric services*:

    - efforts toward the construction and opening of the Uvattinut community residence in Puvirnituq.

- *Developments in the management of community organizations*:

    - efforts at improving financial follow-up and procedures under the support program for community organizations;
    - start of work on the reference framework for community organizations.

Resource Development

- *Technical training program in health and social services*:

    - meetings with the Kativik School Board (KSB), the Kativik Regional Government (KRG) and the Inuulitsivik and Tulattavik Health Centres to discuss the possibility of offering a college-level training program in Nunavik, centred on the transfer of knowledge and adapted to the region;
    - start of discussions on potential partnerships.

- *Training for the community liaison wellness workers:*

    - definition of the functions of community liaison wellness workers;
    - definition of the workers' training profile;
    - presentation of the training project to the First Nations and Inuit Health Branch (Health Canada) to ensure funding for the program.

- *Development of regional training programs:*

    - discussion with the two training officers of the health centres.

Perspectives for 2009-2010

Community Organizations

- Creation of a regional committee for community organizations;
- Preparation of the reference framework for community organizations, presentation to the partners and signature of the protocol;
- Follow-up to the organizations' financial and monitoring activities;
- Support for the setup of new community organizations.

Resource Development

- *Technical training program on health and social services*: Conclusion of partnership agreements, identification of needs, definition of the program, discussions with training partners;
- *Training for community liaison wellness workers*: Definition of the program, planning of training activities and start of training;
- *Development of regional training programs:* Establishment of a memorandum of understanding with both health centres (creation of a regional training committee).

Medical Affairs, Clinical Projects and Physical Health

Medical Affairs

The portfolio of medical affairs covers activities in decentralized medical training as well as activities in hiring and maintaining physicians in the Nunavik region.

Highlights

- Hiring of three new physicians on the Hudson coast, full time and part time;
- Medical students were present for the equivalent of 36 weeks of summer internship;
- Residents, externs and residents in specialties were present for 20 months of internship;
- Presence of Nunavik physicians to help recruit new physicians during activities in the universities and during career days organized in the regions of Québec;
- Participation by the heads of medicine and the directors of Professional Services from both health centres in the regional committee for medical affairs set up in December 2008.

Perspectives for 2009-2010

- Consultation for and creation of an organization plan for medical services with the help of an external consultant;
- Participation in the reorganization of the regional board's Web site to make it more user friendly for medical students;
- Continued meetings of the regional committee for medical affairs.

Clinical Project

The NRBHSS will set up a consultation process that will permit improving the accessibility, continuity and quality of health and social services. The population, the partners and the health centres will be invited to participate actively in the process.

Highlights

- Present clinical projects at the health centres.

Perspectives for 2009-2010

- Consultation of medical and professional resources on the organization of medical services, specialized services, social services and service programs;
- Consultation of the public on the organization of medical services, specialized services, social services and service programs;
- Organization plans for the above services accepted by the boards of directors, the various professional associations, the physicians and the population.

Physical Health

The portfolio of physical health involves persons with a disease, a symptom or a trauma and who must receive care and treatment, as well as persons whose illness requires follow-up or ongoing care.

Highlights

- Collaborate in the organization of pharmaceutical services;
- Collaborate with the liaison committee to improve referral services between the health centres in the North and South;
- Design a regional policy to improve the management of non-insured health benefits for beneficiaries of the *JBNQA;*
- Participate in the work relative to relocation of the *MNQ;*
- Participate in clinical discussions for the choice of medical equipment for purchase;
- Collaborate in procedures for computerizing the network's health systems.

Perspectives for 2009-2010

- Collaborate in the revision of global agreements for specialized and overspecialized services from the McGill *RUIS;*
- Collaborate in the revision of liaison mechanisms and processes between Nunavik and the Montréal region.

Addictions

This portfolio essentially involves the setup of services for the youth clientele struggling with problems of alcohol and drug use.

Highlights

- Budget provided for the health centres and DYPs to refer youths for treatment outside the territory;
- Translation of the "DEP-Ado" screening tool and training for all social and school workers on its use so they can identify youths at risk of developing consumption problems;
- Representation with the *MSSS* to have training programs adapted to the particular context in Nunavik;
- Creation of two positions for key addictions workers attached to the Regional Department of Rehabilitation and tasked with training workers on the use of screening tools, performing in-depth evaluations of the screened clientele, coordinating the setup of personalized service plans and offering clinical support to the workers in the communities.

Future Perspectives

- Setup of a treatment centre within the Nunavik territory to serve the youth clientele.

Rehabilitation and Youth Protection

The portfolios of youth protection and rehabilitation encompass the reorganization process under way which resulted from, among others, the *CDPDJ* report and the announcements made at the Katimajiit Socio-economic Summit.

Highlights

- Closing of Salluit in September, transfer of youths to Batshaw;
- Reflection on service provision and the necessary changes;
- Involvement of André Lebon in the reorganization process;
- Hiring of a regional acting director of rehabilitation;
- Production of the report "18 Months Later" in response to the *CDPDJ;*
- Negotiations with Batshaw to extend the stay of youths in that resource;
- Planning for the reopening of Sapummivik for boys only;
- Planning of the service supply for girls through the setup of two new group homes;
- Planning of the service supply for the clientele aged 6 to 12 years.

Future Perspectives

- Reopening of Sapummivik and return of the boys planned for April;
- Setup of new resources for girls and clients aged 6 to 12 years;
- Renovation of the Kuujjuaq group home scheduled for the summer 2009;
- Setup of a campus to integrate complementary services.

Psychosocial Component of Emergency Measures

As the ministry indicated, all health centres must create a team of workers trained to intervene in case of disaster or pandemic.

Highlights

- Training for instructors (four) provided in June 2008;
- Training for management personnel provided in February 2009.

Future Perspectives

- Update of the psychosocial component of the Nunavik regional pandemic-influenza plan;
- Training for psychosocial workers scheduled for April and May in Puvirnituq and September and October in Kuujjuaq.

Proposals to Improve Working Conditions for Category IV Employees

With the goal of ensuring provision of care and services for the population in accordance with ministerial guidelines and priorities and to avoid service interruptions resulting from problems with human resources, the *ministère de la Santé et des Services sociaux* has asked the regional board to present proposals for the improvement of working conditions in the institutions and professions suffering from a shortage of human resources.

After several consultation sessions with the heads of finance and human resources as well as representatives of the unions on both coasts, their effective collaboration led to consensus on eight proposals that resume the primary difficulties encountered throughout the Nunavik region concerning personnel hiring and retention.

The portfolio was then to be transferred to the joint committee tasked with examining the proposals and providing recommendations on follow-up.

Public Health

Message from the Director



The year 2008-2009 was marked by an increase in STBIs, notably gonococcal infections. In spite of increased efforts to control the spread of such infections, we have noted that more communities have been affected.

Further, we intensified our efforts in the area of nutrition in order to improve the regional availability of healthy foods. Among other things, we launched an initiative to limit the presence of foods containing trans fats in the grocery stores. However, it is clear that actions related to nutrition should be the object of a concerted and global approach.

Serge Dery

Human Resources

Unfortunately, it was impossible to fill all the positions authorized for the Department of Public Health during 2008-2009. By the end of the year, the following positions remained vacant: health-promotion officer and regional occupational-health nurse. Moreover, during the year, two other positions were authorized: one for coordinator of the Healthy Schools project (toward the end of the year) and the other for environmental-health officer.

Except for the last position mentioned above, the other three should be filled at the beginning of 2009-2010. There is a particular difficulty concerning the position of environmental-health officer: that position, which is funded by the Public Health Agency of Canada, is presently the object of a dispute between the two levels of government (provincial and federal), a dispute that has lasted for several months and which does not appear to be headed for resolution anytime soon. We need to find an alternative solution to resolve the problem, as this position corresponds to a regional priority.

Protection of Public Health

This component was the object of several actions.

Infectious Diseases

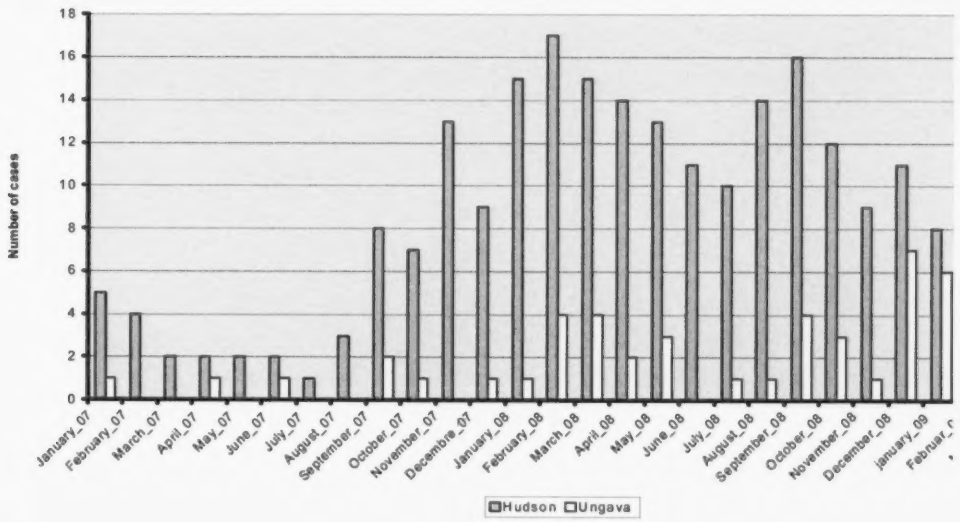
Non-STBI Reportable Diseases (*MADO*)

For the last completed year (2008), the DPH received and processed 49 reports of *MADO* cases other than STBIs (in comparison, 14 cases were reported the previous year). Whereas 12 cases of active tuberculosis were reported for all of 2007, 2008 saw the progression of that disease, with 21 reported cases. Efforts at training and supporting the personnel involved in the affected communities continued.

Sexually Transmitted and Bloodborne Infections (STBIs)

During the 12-month period from April 1, 2008, to March 31, 2009, the number of reported cases of gonorrhea continued to rise, going from 104 cases in 2007-2008 to 180 cases in 2008-2009. Although the majority of the cases again occurred on the Hudson coast, over the past year we saw an increase in the number of reported cases on the Ungava coast (see chart).

Number of Gonorrhoea Cases Reported per Month and Coast, Nunavik; January 2007- March 2009.



Faced with these data, the Department of Public Health made an offer to the Inuulitsivik Health Centre in February 2008 (repeated twice since) to fund a position for a nurse who would be assigned full time to the STBI portfolio. Her tasks would include screening for STBIs, counselling, community activities leading to a better understanding of the problem and support for the other Hudson communities. Unfortunately, the position was never filled.

Regionally, the number of genital chlamydia infections remained stable. However, as with gonorrhea, the region's incidence rates are clearly higher than those of the province. Note that for each case of gonorrhea, a full epidemiological investigation was conducted, with treatment of the index case and precautionary treatment for contacts. This involves a considerable workload for the CLSC personnel and the regional STBI nurse.

Finally, data from the Québec HIV-infection monitoring program indicate that between January 2002 and July 2008 (a period of seven years), seven HIV-positive cases were reported among the Inuit of Québec. During the past five years, three new hepatitis B cases (chronic carriers) and three new hepatitis C cases were reported to the Department of Public Health.

Occupational Health

Preventive Withdrawal of Pregnant Workers

The year 2008 saw 129 applications for preventive withdrawal of pregnant or breast-feeding workers processed by our medical advisors. The applications were primarily from day-care educators, teachers and nurses. The Department of Public Health occasionally has FSME (For a Safe Maternity Experience) recommendations for the attending physicians translated into English.

Raglan Mine Health Program

Application of health programs specific to two mining enterprises continued in 2008. The following are some of the activities carried out during the year:

- information for mine workers and employers concerning the health effects of various types of aggressors such as lead, silica dust, noise, welding fumes, psychosocial risks, etc., as well as information on the preventive measures required to protect their health;
- medical surveillance of workers exposed to lead, silica dust and nickel as well as biological hazards;
- measures aimed at ensuring the presence of adequate first-aid services in mining installations.

Regional Occupational-Health Program

The municipal-administration sector was once again the priority for the regional occupational-health program. Thus, in 2008, the municipal installations in seven municipalities were visited by occupational-health representatives. The municipal managers were informed of the risks present at the workplace and the necessary preventive measures.

The regional team also responded to about 10 local requests during the year. Those requests particularly concerned the quality of indoor air in Nunavik establishments.

Nosocomial Infections

Training activities destined for the three nurses assigned to prevention and control of nosocomial infections were held. The regional nurse met the two nurses of the institutions in February 2009 to prepare the first meeting of the regional committee for the prevention of nosocomial infections.

Prevention

Immunization

Vaccination against HPV

The year 2008 was marked by the introduction of a new vaccine against the human papillomavirus (HPV). This was the first time a vaccine was made available to protect women against a form of cancer, i.e., cervical cancer. In effect, cervical cancer most often occurs after HPV infection, and there are some 100 types of the virus.

In Nunavik, given the higher prevalence of cervical cancer and high-grade lesions (more severe cases), the vaccine was offered to all girls aged 9 to 17 years. During this introductory year, that group represents roughly 1 500 girls to contact and vaccinate.

To organize this new vaccination campaign, we first had to produce documentation adapted to the Nunavik population. The DPH produced and published three pamphlets:

- a pamphlet meant for parents of children in Grade 4, both boys and girls, with basic information on the vaccines against hepatitis and HPV;
- a pamphlet meant for parents of girls aged 13 years and under who must provide their consent to have their daughters vaccinated against HPV;
- a pamphlet meant for girls aged 14 years and over, who can give their own consent for vaccination against HPV.

Those colour pamphlets illustrated with photos were specially designed for *Nunavimmiut* and are available in the three languages.

Documents with more information, designed for those who wish to learn more on the various vaccines available and the diseases they prevent, were also created and published in the three languages and are available at the CLSCs.

Three posters announcing the HPV campaign were produced, sent and put up in each of the villages. A promotion campaign was also launched over FM radio, presented by Elena Labranche a number of times. Letters were sent to the school principals requesting their collaboration.

Immunization coverage rates for Nunavik, for the first dose, were excellent: 93% for Grade 4 (84% for all of Québec) and 81.3% for Secondary 3 (87% for all of Québec). For all girls aged 9 to 17 years, both in school and outside of school, immunization coverage for the first dose was 78.3%. As our objective is to vaccinate 100% of the girls in this age group, efforts will be undertaken to raise the acceptance rate for the vaccine.

For the following years, HPV vaccination will be offered annually in the schools. In Nunavik, the third dose (booster) is offered in Grade 7 or Secondary 1, i.e., three years after the first dose (rather than five years as is done in the other regions of Québec). That decision was made by the *Comité d'immunisation du Québec* [Québec immunization committee], due to the particular situation in Nunavik: high dropout rate in Secondary 3 and the early age at which the first sexual relations are experienced.

Training

Training was offered to the nurses of the region to enable them to properly explain and apply this new program. The training for school vaccination and HPV vaccination was offered through telephone conference. In all, nine such conferences were held in order to reach as many workers as possible.

Influenza Campaign

Later in the fall, training on the influenza-vaccination campaign was also offered via telephone conference. For the influenza campaign, promotion was also carried out, with distribution of posters and radio announcements and reminders. In Kuujjuaq, influenza vaccination was offered at the CLSC, early-childhood centres and workplaces (principal employers).

Although influenza vaccination has been offered free of charge to the entire population for the past two years due to the fact that everyone in Nunavik is at risk of contracting or transmitting influenza, immunization coverage is dropping from year to year. We must pay particular

attention to this phenomenon. The Nunavik population is vulnerable to respiratory infections due to, among other things, overcrowded housing and high rates of smoking.

New Vaccination Schedule

A new vaccination schedule was introduced in Nunavik following the arrival of new vaccines for administration in schools. The Nunavik schedule is increasingly approaching that for the entire province. Only two differences remain: administration of a fourth dose of the pneumococcus conjugate vaccine and administration of the third dose of the HPV vaccine at an earlier age.

Management of Immunization Products

Until the fall 2008, the Nunavik region was affected by a high number of breaks in the cold chain. Immunization products must at all times (whether during transport or storage) be kept according to very strict norms, at temperatures between 2 and 8 degrees, to ensure their stability and effectiveness. Any variation above 8 degrees or below 2 degrees constitutes what is known as a break in the cold chain.

After a break in the cold chain, each product must be evaluated to determine whether it can still be used. Breaks can render a product unusable, which means a loss. Compared to other regions, Nunavik until very recently experienced a very high number of breaks, both during transport and storage. It is true that our region is remote and isolated, and it was therefore necessary to take the required measures.

The fall 2008 was marked by a major turning point when the two institutions (the Inuulitsivik and Ungava Tulattavik Health Centres) equipped each of their points of service with new refrigerators capable of maintaining very stable temperatures and destined for storing biologics or blood products. That change enabled us to reduce the number of breaks in the cold chain dramatically.

The DPH also organized training for the pharmacy technicians (one per institution) on the preparation and packaging of vaccines for air shipment. That training was held at our regional depot, located in Québec City at the Hôpital Saint-François d'Assise. The technicians participated in the preparation of shipments to the North; they had the opportunity to observe work methods and the materials used and to ask questions. They reported being very satisfied with the training.

Since these major changes, breaks have occurred almost exclusively during transport, in the winter, when weather conditions disrupt the normal flight schedules. The next improvements to make should involve this link of the chain, the weakest one, for our region.

We can state that our situation has greatly improved: 6 breaks in six months since establishment of the corrective measures, compared to 50 during the six preceding months. The population now has effective and secure products that are available within a reasonable period.

A meeting was held through videoconference in October 2008 with representatives of both institutions (Department of Nursing, Department of Community Health, pharmacies and Department of Public Health) to discuss various aspects concerning immunization and management of immunization products. The DPH plans on meeting with each institution separately to discuss the institution's working plan in this area.

Anti-Smoking Campaign

The *Quit to Win Challenge* was again held in the region but with some modifications. From now on, the challenge will be aimed exclusively at smokers, both youths and adults. This year was very successful in terms of participation. A total of 273 participants (197 youths and 76 adults) attempted to quit smoking. Several promotional items were awarded to the participants.

The DPH continued to offer to interested communities subsidies for community projects involving smoking reduction. All projects aimed at preventing smoking and exposure to secondhand smoke, promoting smoke-free environments or educating community members on the dangers of tobacco are eligible for funding. This year, only two projects were presented (by the community of Kuujjuaq). One was carried out at the school and the other in a store.

Several communications were made, both within Nunavik (nurses, physicians, teachers, youth centres, community health workers, anti-smoking counsellors) and outside the region with certain partners (McGill University, Northern Québec Module).

Breast-Cancer Screening

Breast-cancer screening clinics using the portable mammography unit under the *PQDCS* [Québec breast-cancer screening program] were held in communities of both coasts. On the Hudson, the first clinic was offered from February 25 to March 7, 2008, in four communities (Salluit, Ivujivik, Puvirnituq and Akulivik). One hundred fifty-three women were invited to undergo a screening examination. Originally planned for December 2008, the Ungava clinic was postponed until January 2009. One hundred eighty-three women from the seven Ungava communities (Aupaluk, Kuujjuaq, Kangiqsualujjuaq, Kangiqsujuaq, Kangirsuk, Quaqtaq and Tasiujaq) received a letter inviting them to undergo screening from January 18 to 27, 2009. In total, 336 Nunavik women eligible under the *PQDCS* were invited to undergo a mammogram for the 2008 campaign. Note that for the 2009 campaign, the screening activity was held between March 8 and 15, 2009, in the four other Hudson communities (Inukjuak, Umiujaq and Kuujjuaraapik).

Women with normal results were also notified by letter. Those with abnormal results were contacted by their physician for case management and additional examinations.

This year, a list of 'tasks' was drawn up to specify the responsibilities of the DPH, the *INSPQ* and the CLSCs relative to the practical organization of each clinic. This led to efficient circulation of information between the various partners.

Foetal Alcohol Syndrome (FAS)

The program on foetal alcohol syndrome (FAS) is an ongoing program aimed at educating and training teachers, midwives, front-line workers, educators of the early-childhood centres, interested individuals and those who require support in preventing FAS, as well as providing assistance for affected children and families.

In December 2008, in partnership with Pauktuutit, we organized workshops in Inukjuak and Salluit. Those workshops were given entirely in Inuktitut. In the opinion of the participants themselves, that arrangement greatly privileged their interaction during the workshops.

We funded a trip to Seattle for a number of *Nunavimmiut* to learn about the mentorship program, with the idea of starting up such a program in Nunavik. The project would be a complement to the component of support for families living with children with FAS.

We encourage interested communities to request that such workshops be organized for their respective communities. A highly qualified Inuit worker from Nunavik is available to facilitate such workshops in Inuktitut, which help people better understand the dynamic and behaviour of children with FAS. They can thus provide better assistance and implant a support system for these families.

Health Promotion

As in previous years, the DPH carried out several health-promotion activities.

Infectious Diseases

Regular health-promotion activities relative to certain infectious diseases (trichinellosis, botulism, rabies) were carried out through various media.

Sexually Transmitted and Bloodborne Infections (STBI)

Many activities to promote sexual health were organized:

- Program of the First Nations of Québec and Labrador Health and Social Services Commission on HIV/AIDS: training for trainers

Seven youths from five different communities (Kuujjuaq, Salluit, Puvirnituq, Inukjuak and Aupaluk) participated in a three-day training session in Québec City.

Conference on youth sexual health

In collaboration with Pauktuutit, the Department of Public Health hosted a three-day conference with a total of 37 young participants from all the Arctic regions of Canada (14 of whom were from Nunavik) and 13 adults. That conference was made possible in large part by the collaboration of local and regional resources.



Sex-Education Program in Schools

Seven schools (Puvirnituq, Akulivik, Salluit, Kangirsuk, Quaqtaq, Kuujjuaq and Kangiqsualujjuaq) are presently implanting the program, which is in its second year. The school personnel can count on the support of a nurse, who offered training in the seven communities. In collaboration with the Kativik School Board, appropriate decisions will be made during the coming year on this program's future as well as the roles of the various organizations.

Distribution of Condoms

The Department of Public Health funded the free distribution of condoms through the CLSCs. An agreement to make condoms accessible free of charge was concluded with 10 FCNQ stores and the Newviq'vi store in Kuujjuaq. We will try to conclude a similar agreement with the four other Coop stores during the coming year. The Kativik Regional Government accepted a similar proposal for the region's airports. Condom dispensers have been ordered and will be delivered to each of these sites.

Healthy Relations Week (February 8 to 14, 2009)

Six communities (Puvirnituq, Salluit, Quaqtaq, Kuujjuaq, Kangiqsualujjuaq and Inukjuak) received funding for organizing and holding activities for prevention and education relative to STBIs. The winners of the first prizes for the drawing contest for condom packaging were Brenda Watt (youths) and Olivia Ikey (adults).

Community Activities

Funding for STBI-prevention activities was made available for the Arpiq Jam, the Char Festival and the Snowfest. The communities are encouraged to apply for financial support and human resources to organize activities throughout the year (e.g., during hockey tournaments).

Prevention Tools

Documentation: Posters were created based on the 2008 contest and distributed in the communities. Revision of the information pamphlets is under way.

Promotional kiosk kits: Five communities requested the promotional kit. Feedback was very positive, which demonstrates that this tool is perfect for organizing prevention activities.

Training/Conferences

For the professionals of the Department of Public Health: Planning of the response to the regional gonorrhea outbreak necessitated the consultation and constant support of a number of experts in control strategies for STBIs, both at the *MSSS* and the *Institut national de santé publique du Québec* (*INSPQ*) [Québec public health institute].

For the nurses: The training on STBIs continued in collaboration with the *INSPQ*. The Department of Public Health also funded the participation of five Nunavik nurses in the 2008 Annual Public Health Days.

For youths: A presentation on STBIs was made at Saputtiit's 2008 annual general meeting, held in Chisasibi.

The reduction of STBI incidence rates and their consequences in Nunavik as well as the related prevention and education programs depend on the collaboration of the health centres, the CLSCs, the wellness committees, the regional organizations and the general public. Prevention is everyone's concern.

Regional Diabetes Program

Monitoring Program

A student conducted the census of all diagnosed cases of diabetes in Nunavik. A total of 300 diabetic persons were identified, an increase of 18% compared to the previous year.

Production of Posters and Radio Messages

Five posters inviting the public to fight type 2 diabetes were produced and distributed. Due to the absence of one of the coordinators, distribution of posters in the CLSCs was more difficult.

Seven radio messages related to the poster messages were broadcast. We received several requests from the CLSCs for informative materials.

Workshop: Inuk-to-Inuk Transfer of Knowledge

The workshop was carried out in Tasiujaq, Kangiqsualujjuaq and Salluit in the fall 2008. Public participation over the radio and at the community feast was excellent in Tasiujaq and Kangiqsualujjuaq but moderate in Salluit. Youths from all the schools participated actively, asking many excellent questions on diabetes, its consequences and human anatomy.

Diabetic Retinopathy

This year, we were unable to continue the work begun last year. As the optometrist was pregnant, she could not participate in visits to photograph the fundus of the eye, and we were unable to find a replacement. From now on, to avoid such a situation, we will always work with a team.

Fitness Centre in Kangiqsualujjuaq

The equipment arrived in the community. As the arena will not be renovated before next year, we found a temporary location at the community centre. Once the arena renovations are complete, the equipment will be transferred there definitively.

Nutrition Project

Nutrition-related activities were organized in five communities (Kuujjuaq, Kangirsuk, Kangiqsualujjuaq, Umiujaq and Puvirnituq). The objective was to attain a participation rate of 50% among youths. In the schools, 83% of the students attended the workshop. In the early-childhood centres, the participation rate was 63.5%.

Breakfast Club in Inukjuak

This initiative aimed at providing breakfast for all children at school. It supposedly resulted in improved assiduity and behaviour among the youths. The project needs several adaptations as well as greater community participation.

Drop the Pop Challenge

Of the region's 17 schools, 13 participated in the challenge. The teachers prepared workshops on healthy eating and the effects of sugar on the organism. The youths appreciated the challenge,

and one school went as far as banning the sale of soft drinks on its premises and as a way of raising funds.

Community Workers for Diabetes Prevention

Two Inuit nurses are undergoing training to become community workers for diabetes prevention. That training is provided in Miramichi, in the company of First Nations representatives. Four sessions were held in 2008-2009 and two others are planned for the coming year. Graduation is scheduled for June 2009.

Dental Health

The dental hygienists' work continued through various prevention activities, in groups and individually, primarily at the schools. The majority of the school activities aim at promoting healthy, dental-hygiene habits (including good eating habits), providing protection through appropriate use of fluorides and applying pits and fissures sealants. The day-cares were also visited and the youngest children had fluoride varnish applied to their teeth. The parents of these children received educational information on healthy lifestyles.

The scope of these decay-prevention actions is limited by the available resources. After a legal dispute, the only dental hygienist working at the Inuulitsivik Health Centre refused to apply sealants and left her position in February. She has not yet been replaced. Of the three dental hygienists hired by the Tulattavik Health Centre at the beginning of the year, only one remains.

Nutrition

Nutrition-Related Educational Activities and Cooking Activities for School-Aged and Preschool Children

In the fall 2008, nutrition-related activities (based on the *Nunavik Food Guide*) were organized in the various schools and day-cares. Those activities were designed and facilitated by nutrition students of Laval University. On tap: cooking and educational activities aimed at promoting healthy eating habits including traditional foods and commercially prepared foods.

In the fall 2008, the communities of Kangiqsualujjuaq (Ulluriaq School, early-childhood centre), Kangirsuk (Sautjuit School, Amaartauvik early-childhood centre), Umiujaq (Kiluutaq School, Amautik early-childhood centre) and Puvirnituq (Iguarsivik and Ikaarvik Schools, Sarliatauvik early-childhood centre) were visited. On average, 79% of the children in the primary schools and early-childhood centres of these communities participated in at least one workshop.



Satisfaction among the children, teachers and educators was high. Due to its success this year, the project will be repeated in the fall 2009 in other communities. Over the coming year, these activities will be made available in Inuktitut, English and French for the personnel of the schools and day-cares.

Nutrition Program at the Early-Childhood Centres

Balanced menus complete in mineral and vitamin content (including iron) and containing traditional foods were established at the early-childhood centres. The project included a food policy and training for the cooks and educators. Another component was scientific research to assess the initiative's effectiveness.

The project was led by *GENUP* of Laval University, in collaboration with the KRG, the NRBHSS and the KSB.

The nutritionist lent her support to this program in various ways. She is member of, among other things, the planning committee of the early-childhood centres' nutrition program. That group was created in the winter 2009 to ensure the project's continuation.

Coordination of the Nunavik Nutrition and Health Committee (NNHC)

ᓄᓇᕗᑦ ᓂᕈᕐᓯᐅᑕᒪᓂᖅ
ᐊᓯᔾᔨᓴᓂᖅ ᑲᑎᕕᐊᕐᓇᖅ
NUNAVIK NUTRITION & HEALTH COMMITTEE
COMITÉ NUTRITION ET SANTÉ DU NUNAVIK

The Nunavik Nutrition and Health Committee is composed of individuals who work in the areas of nutrition, the environment and health. Coordination of the committee is the responsibility of the NRBHSS nutritionist. The members represent various organizations in the region, such as the health centres, the KRG, the Makivik Research Centre, Inuit Tapiriit Kanatami, etc.

The committee's mandate is to work on different themes related to nutrition and its impact on the health of *Nunavimmiut*. Traditional foods and research on environmental contaminants are among the main topics on which the committee works.

Publication of the Newsletter *Get Hooked on Nutrition*



This newsletter is published by the Nunavik Nutrition and Health Committee. The winter 2009 issue contained information on the following topics: promotion activities in the region, trans fats and fats in traditional foods, expiry dates, contaminants and pregnant women, etc.

Elevated Exposure to Trans Fats in the Region

After the *Qanuippitaa?* health survey, the Nunavik Inuit were discovered to have blood levels of trans fats three times higher than the Greenland Inuit. Those results were presented to the population and the boards of directors of the KRG and the NRBHSS. We worked at promoting a diet lower in trans fats, using radio messages and an article in the newsletter *Get Hooked on Nutrition!* Moreover, we undertook procedures with the region's grocery outlets in order to improve the availability of healthier foods.

Various Activities

Collaboration with a Health-Education Project at the Quaqtaq School

A health-education pilot project was carried out in Quaqtaq during the 2008-2009 school year with the support of the nutritionist. The youths were encouraged to participate in various educational activities under a global health project. Emphasis was placed on preventive behaviour, such as healthy eating, physical activity, hygiene and relaxation.

Nutrition Month: Booths at the Kuujjuaq Grocery Stores and Radio Messages

In collaboration with the community-health nurse of the Tulattavik Health Centre, booths providing information and screening for diabetes were set up at the two grocery stores in Kuujjuaq during Nutrition Month. Also for Nutrition Month, a radio capsule on nutrition and pregnancy was broadcast.

Participation in Activities under the Healthy Living Challenge in Kuujjuaq

In the spring 2008, the Tulattavik Health Centre launched out the Healthy Living Challenge. The nutritionist participated in the facilitation of some workshops held in the evenings in Kuujjuaq. Further, she collaborated with the chronic-diseases nurse in visiting the grocery stores and designing pamphlets.

Collaboration with the Family House in Inukjuak (Inuulitsivik)

A family house has been set up in Inukjuak. Training for the workers at the house is being prepared and should be given in the spring and fall 2009.

Consultation for Food Subsidies under the Program to Reduce the Cost of Living

The KRG manages a program to reduce the cost of living. One of the program's aspects is food subsidies. The KRG and the NRBHSS collaborate concerning additions to the list. Those additions will be made with the goal of reducing the cost of living while taking health into consideration.

Consultation for the Food Mail Program

The nutritionist participated in the consultation for revision of the list of foods subsidized under the Food Mail Program of the Department of Indian Affairs and Northern Development. This program is still under revision.

Nutrition Initiatives in Northern Canadian Grocery Stores (Retail-Based Nutrition Interventions (RBNI))

Under the authority of Health Canada, a group composed of representatives of the retail sector, the health sector and the four Inuit regions of Canada worked on initiatives to encourage healthy eating. Twenty-three healthy recipes were distributed at the grocery stores from June 2007 to April 2009. The recipe cards are presently being evaluated.

Clinical Consultation in Nutrition

During the year, consultations in outpatient clinics were carried out mainly with patients suffering from chronic diseases.

Workplace Conferences

In the spring 2008, conferences in workplaces were organized in collaboration with the kinesiologist. The objective was to promote healthy lifestyles and inform people on various topics related to nutrition and physical activity. Only one conference was presented, in June 2008, before the kinesiologist's departure. Although the intent was to repeat the conferences in the future, this activity is not part of the 2009-2010 plan, unless the position of kinesiologist is filled.

Knowledge – Surveillance – Information

Surveillance of Reportable Diseases (*MADO*) and Vigilance

Various activities were carried out, some on an ongoing basis (such as, for example, passive surveillance). The principal activities were:

- Ongoing registering (as cases are faxed to the DPH) of reported cases of reportable diseases, both STBI and non-STBI;
- Production of summary tables presenting the distribution of reportable diseases, quarterly or annually;
- Production of tables or charts presenting the evolution over time of certain reportable diseases (genital chlamydiosis, gonococcal infection, tuberculosis);
- Production of specific products for prevention, promotion and education activities relative to STBIs (in collaboration with the nurse responsible for the STBI portfolio at the DPH and the other community-health nurses of the Tulattavik and Inuulitsivik Health Centres);
- Update of data on reported cases of gonococcal infection for decision makers (physician responsible for the infectious-diseases portfolio, Director of Public Health, directors' committee);
- Data capture and analysis of investigative questionnaires for reported cases of gonococcal infection from 2004 to 2008. In total, 236 questionnaires went through the processes of data capture and analysis to describe the socio-demographic and epidemiological profile of the cases;
- Extraction and analysis of the data banks *MedEcho* and *Mortalité*;
- Processing of data from the infocentre and production of various data: number and distribution of causes of hospitalization or mortality, etc.

Health Analyst (Naasautit portfolio in collaboration with the NAHO)

Active participation in:

- Definition of health and well-being (draft document) from an Inuit perspective;
- Identification and selection of health indicators for the four Inuit regions of Canada;
- Process of building databases accessible primarily for the Inuit communities and decision makers in the regions concerned.

Other Activities

- Preparation of data or various documents for training activities intended for our partners (*MNQ*, Tulattavik, etc.);
- Immunization: Preparation of population data and data on immunization coverage;
- Extraction and compilation of data for various local partners or researchers (suicide, cancer, tuberculosis, STBIs, etc.).

Research and Evaluation

As in previous years, the Department of Public Health actively participated in several research projects, notably in the areas of nutrition, contaminants, infectious diseases and so forth. We

make particular mention of a research project on food insecurity in Nunavik, on which we worked in collaboration with several partners.

Participation in Committees or Workgroups– Representation

The members of the DPH participated in the work of several committees or workgroups at the national, provincial and regional levels, including the following:

Regional:

- Nunavik Nutrition and Health Committee.

National and provincial:

- National issue table on infectious diseases;
- National issue table on public health;
- Provincial Tuberculosis Committee;
- Provincial Occupational-Health Committee;
- Provincial Connaissance-Surveillance Committee;
- Workgroup on Inuit public health (ITK);
- Naasautit National Working Committee (National Aboriginal Health Organization, or NAHO);
- Management committee of the Northern Contaminants Program (NCP).

Perspectives for 2009-2010

Preparations and actions relative to the influenza A (H1N1) pandemic are slated for 2009-2010. Even though Nunavik was spared during 2008-2009, it is certain that sooner or later, influenza A (H1N1) will affect the region. It is therefore important for all workers as well as the population to be well prepared to face this threat to public health.

From the point of view of planning the DPH's activities, 2009-2010 will see the revision of the regional plan of action in public health. During that revision, we will take the opportunity to categorize the department's various actions under four themes:

- Overall development of young children;
- Integrated approach in the school environment;
- Community development;
- Regional food policy.

Needless to say, the DPH will continue to ensure fulfilment of its various mandates as prescribed by the *Public Health Act*. However, certain initiatives for which the foundations were laid during 2008-2009 will strongly influence the department's actions over the coming years. Some notable examples are the start of planning for the Healthy Schools project (in collaboration with the Department of Inuit Values and Practices and the Department of Planning and Programming) and the multifactor action project in childcare settings. These projects will permit acting on a multitude of factors by taking advantage of the synergistic effect of our actions.

Moreover, we have laid the bases for our future development, centred on actions privileging community development. For that purpose, we are planning on developing the public-health network at the local and subregional levels in order to be more familiar with the reality facing the population. We are involved in development of the network of wellness committees within the communities. We also anticipate the development of the network of community-health workers in each community. Those two entities must work closely with the health and social services network and permit the communities to make their needs known and become better involved in defining solutions.

Finally, nutrition without a doubt constitutes a regional priority. Several aspects must be taken into account: safety of traditional foods, sufficient supply to the communities, increase in cases of diabetes, cost of living in Nunavik, etc. To ensure a global perspective for the approach to nutrition, we plan on consulting our regional partners to propose adoption of a regional food policy.

Inuit Values and Practices

Message from the Director



The 2008- 2009 fiscal year has been very busy. The Agent responsible for Community Based Programs position was vacant for a couple of months, it left the remaining staff very busy keeping the work and files up to date. The administrative technician for the Inuit Values and Practices Department, contributed greatly to the department while we were under staffed.

Highlights of this year included training for two midwives under the Inuulitsivik Health Centre's education program; they were subsequently recognized by the *Ordre des sages-femmes du Québec* [Order of Québec midwives] and can now practise midwifery in the region. We expect that there will be many other Inuit midwives to follow.

The Nunavik midwifery working group (NMWG), created by the NRBHSS to work in collaboration with our partners, is once again active. The vision of the group is:

- To ensure access to pre- and postnatal care provided by midwives in all the communities;
- To provide services of good quality;
- To develop and provide prevention services;
- To ensure access to midwifery training for the Inuit;
- To ensure equitable and attractive working conditions.

The Inuit Values and Practices Department conducted a needs assessment with former residential-school students of Nunavik. The main objective of the needs assessment was to identify the needs of those students and their families and establish recommendations for the organization and implementation of services required to meet the identified needs.

The Inuit Values and Practices Department works on many files that are very important to the Nunavik population, and we look forward to continuing our work in 2009-2010.

Lisa Mesher

Midwifery



The Nunavik Midwifery Working Group was reformed with new terms of reference and a new membership structure. The group's major task is to ensure the progress of midwifery in Nunavik. The group consists of representatives of the maternity ward of both health centres and the Nunavik Regional Board of Health and Social Services, as well as a member of each of the boards of directors of the health centres and the Nunavik Regional Board. Advisors and other guests are invited to attend meetings as needed.

Part of the vision of the midwifery group is to offer Inuit midwifery services throughout Nunavik. A component of that vision is to extend the Inuulitsivik education program to the Ungava Coast.

Inuit midwives who received training under the Inuulitsivik education program are officially licensed to practise midwifery as their profession. They received full registration with the *Ordre des sages-femmes du Quebec* [Order of Québec midwives], which is a great accomplishment for the future of midwifery in Nunavik.

Report on needs assessment for students of residential hostels/residential schools

A year ago, the NRBHSS was informed by Health Canada's First Nations and Inuit Branch in Quebec that there was a possibility of obtaining some funding to provide support to former students of hostels/residential schools and their families.

Based on this information, a decision was made by the Inuit Values and Practices Department to conduct a needs assessment with former students before going ahead and submitting a proposal to Health Canada.

As a result of this decision, a needs assessment was successfully completed with former students in early spring of this year.

Originally, the plan was to visit each of the 14 communities, but because of time constraints, costs and the lack of professional support in each community, it was instead decided that meetings would be held with former students who would represent their communities. Therefore, two gatherings were held, one in Inukjuak for the Hudson coast and the other in Kuujjuaq for the Ungava coast.

To ensure a fair distribution of representatives, representation was based on the number of former students in each community. This meant that communities with large populations of

former students could send five representatives, those with fewer former students, four representatives, and those with the fewest former students, three representatives. The two sessions lasted two full days each and gave the organizers a great deal of information on the needs.

Presently, a report is being written to provide a comprehensive picture of the needs that were expressed by the individuals who participated in the process. It will be sent to Health Canada with the funding proposal.

The need for counselling, future gatherings and cultural support were expressed many times in the assessment process. Thus, the funding request will focus specifically on those needs so that former students who are going through the independent assessment process will have the emotional and cultural support required. Funding for activities will also be included so that former students and their families can access cultural support as well as other activities.

If the funding proposal is approved by Health Canada, support workers will be hired on a full- and part-time basis to provide the support mentioned above.

Report on Inuit management training program

New Developments

As reported last year, the management courses had been suspended for a little over a year while some important problems were being worked out with McGill University.

The main issue in question concerned the development of course content. The regional board felt that there was not enough time for and emphasis placed on the development and adaptation of courses to ensure that they were relevant to the northern environment and the needs of the participants enrolled in the program. The other issue that needed improvement was the selection of professors/instructors to travel to the North to teach the courses.

These issues were deemed fundamental in ensuring the program's success, and that is why the courses were suspended.

However, we are pleased to report that these issues have been dealt with and the courses will commence once again in the spring of 2009. Over the past year, meetings were held between the Director of the regional board's Inuit Values and Practices Department and the Assistant Dean of McGill University. After much discussion and reflection, the university has agreed to focus more on the development and adaptation of course material to ensure relevancy to the North and to meet the needs of the program participants.

As for the selection process, the program coordinator will be more involved in the selection of professors/instructors to ensure that those hired have the appropriate experience and knowledge to deliver the courses in the North.

New Participants

Since the program's relaunch, new participants have applied and will be attending the courses, which will start again soon. This will ensure a pool of qualified candidates to replace incumbents who leave their positions for other work, retirement and so forth.

Background Information

Based on a need expressed by both the Nunavik Regional Board and the *ministère de la Santé et des Services sociaux* for adequately trained managers in the sectors of health and social services and community services, a management-training program was started in early 2001 under the auspices of the Nunavik Regional Board. The first course was held in Kuujjuaq in November 2001 and training has been ongoing since that time.

Participants include the various managers from the Ungava Tulattavik Health Centre, the Inuulitsivik Health Centre and the Nunavik Regional Board of Health and Social Services as well as other managers who work in community services such a treatment centres for youth, group homes, addiction treatment centres and women's shelters.

Organization of Courses

The courses are organized so that each course is offered twice, once in Puvirnituq and again in Kuujjuaq. This enables most of the students to take the courses in their home community. An additional advantage to this organization is that it is less costly where student numbers are sufficiently high.

The courses are organized over a seven-day period and are very intensive in nature. An Inuit consultant works with McGill and its professors to ensure the content is suitable to the participants' needs as well as to co-facilitate during the courses.

Participants obtain three credits for each course they take, providing they get a passing mark. Each participant must obtain 45 credits to graduate from the program. Therefore, if a participant were to take each course offered, it would take approximately seven years to graduate. However, there are only a couple of individuals who have been able to take all the courses.

Aboriginal Health Human Resources Initiative (AHHRI)

The AHHRI is a federal initiative from Health Canada with three specific goals. The first is to increase the number of aboriginal health providers across Canada, servicing aboriginal communities. The second goal is to improve the retention of health-care providers in aboriginal communities. Finally, the third goal is to bring supportive elements in health human resources such as research and evaluation of services.

The AHHRI has been in existence since fiscal 2005-2006 and is now in its last year (2009-2010). Nunavik benefited from the AHHRI for the first time in 2008-2009. Within the NRBHSS, a regional engagement coordinator is responsible for reviewing proposals submitted by various organizations in Nunavik and providing assistance with the proposal writing should there be a need. Capacity-building funds were allocated by the AHHRI for this regional engagement coordinator. Under the initiative, funds are distributed to the First Nations, Cree and Inuit communities of Québec.

Aboriginal Health Transition Fund (AHTF)

The AHTF is a federal initiative from Health Canada with the three components listed below:

- The adaptation envelope intended to support improved adaptation of existing provincial/territorial health programs to the unique needs of all aboriginal peoples, including those in urban areas and Métis settlements and communities;

- The integration envelope intended to support improved coordination and integration between provincial/territorial health systems and federally funded health systems within Inuit and First Nations communities (funded by the federal government);

- The pan-Canadian envelope intended to support cross-jurisdictional, cross-Inuit, cross-First Nations and cross-Métis approaches to integration and adaptation, and for the adaptation of Government of Canada programs of general application in health.

Like the AHHRI, the AHTF has been in existence since fiscal 2005-2006. It is now in its last year (2009-2010). Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) has been committed to Inuit regions across Canada in ensuring each region benefits from AHTF funds. ITK provides funding for a regional engagement coordinator in each Inuit region. At the NRBHSS, the position of the regional engagement coordinator fell under the direction of the Inuit Values and Practices Department in June 2008.

Report on healing project

"Healing Together Using Our Traditional Values and Ceremonies project"

HEALING WORKSHOPS

Healing workshops were held in the following communities in 2008-09:

- Inukjuak: Sept. 22-27, 2008
- Quaqtaq: Nov. 3-8, 2008
- Umiujaq: Dec. 8-13, 2008
- Akulivik: Jan. 26-31, 2009
- Salluit: March 2-7, 2009

The last four communities to be visited in 2009-2010 are:

- Kangirsuk
- Kangiqsujuaq
- Tasiujaq
- Aupaluk

FUNDING

The visits will be completed before March 31, 2010, as the funding from the Aboriginal Healing Foundation (AHF) will end by that date. The foundation will continue to fund healing centres for an additional two years, but projects such as this one will no longer be covered after March 2010.

LONG-TERM PROCESS

Healing is a long-term process. In a society where both *Qaallunaat* and Inuit look for quick-fix solutions, healing is not seen as a viable option. As a way of dealing with alcohol and drug abuse, as well as denial of those problems, therapeutic healing is really just in its beginning stages. It is unfortunate that the funding for this healing project, which has been providing healing opportunities for Inuit in the 14 Nunavik communities, will end in less than a year.

The result of these healing workshops for both adults and youth who attended them is a much greater understanding of many concepts, such as the following:

- Oppression is the foundation for addictions, domestic violence, apathy, learned helplessness and lateral violence.

- Problems that have developed in troubled communities are a result of historical trauma and oppression.
- Understanding the multigenerational dynamics of child sexual abuse and rage is essential to solving community problems.
- Understanding the multigenerational effects of child sexual abuse and rage on the individual and family is essential to solving community problems.
- Early trauma has effects on child development and healthy boundary development.
- Understanding the steps in healing from child sexual abuse and rape is essential for successful healing.
- Supporting the healing process is necessary for adult survivors, their partners and families.
- Focus needs to be placed on the necessary steps in forgiveness.
- Understanding the dynamics of sexual offenders—incest, pedophilia and rage—is an important part of healing.
- Both individuals and communities possess the characteristics to recover from past problems.
- Understanding the steps necessary in effective treatment for offenders is an essential component of the process.
- Rebuilding healthy families and communities is one of the goals of healing.
- Focussing on issues of empowerment, conflict resolution and healthy parenting is part of community healing.

The many adults and youth who have begun their healing will continue their journey in the knowledge that every effort they invest will bring them closer to their goal.

Nunavik Youth House Association

The Nunavik Youth House Association (NYHA) is responsible for the coordination of the youth program and the training and supervision of the youth centres' staff. The NYHA is also responsible for collecting financial and activity reports from the youth centres and producing a global report for the NRBHSS on all the youth centres according to the established criteria. Further, the NYHA supports the youth centres in applying for subsidies.

During the months of September, October and November 2008, each of the 14 communities were visited (the "Igloo Tour") in order to identify the situations of the youth centres in Nunavik. An evaluation was carried out based on the five criteria of the "Igloo" certification—security, activities, staff, organization, networking—as well as the *MSSS* program for youth centres. The NYHA then produced a report on the results of the visits. Evaluation results varied from one community to the next.

The training of the youth-centre coordinators and facilitators is ongoing and will continue in the next fiscal year.

Finally, there is a need to renovate the youth centres and build new ones in some communities; the construction and renovations will proceed in the communities that have concrete project plans.

Brighter Futures

Brighter Futures is a federally funded program that provides annual budgets for community-based projects targeting children aged 0 to 18 years as well as projects that target families and the community at large. Funding for each of the 14 Nunavik communities is on a per capita basis. Each community can access these funds by proposing projects that are supported by the municipality, in the areas of mental health, child development, parenting skills, injury prevention and healthy babies. The overall purpose is to have culturally relevant wellness activities and services for *Nunavimmiut*, therefore creating healthy families and communities.

In the fiscal year starting April 1, 2008, and ending March 31, 2009, many different projects were carried out in the communities, such as bullying workshops, which were held at the schools, the breakfast program, parenting courses, summer youth camps and so forth. Many cultural activities were also organized in the communities, such as *qajaq* making, igloo building, sewing projects and others.

In this fiscal year, some communities benefited greatly from the program while others submitted few or no proposals. All communities are urged to take advantage of the funding opportunity. There are plans to continue visiting the communities to promote the Brighter Futures Program. For fiscal 2009-2010, any allocated funds not used by a given community may be allocated to other communities that have used all of their funds and still have other projects they would like to carry out.

Below are the funds sent to each community for fiscal 2008-2009.

COMMUNITY	2008-2009
Akulivik	59,728.85
Aupaluk	39,495.15
Inukjuak	114,562.00
Ivujivik	0
Kangiqsualujjuaq	102,777.00
Kangiqsujuaq	27,220.00
Kangirsuk	45,280.00
Kuujjuaq	149,005.85
Kuujjuaraapik	16,293.75
Puvirnituq	109,142.80
Quaqtaq	18,130.00
Salluit	62,957.25
Tasiujaq	6,500.00
Umiujaq	15,940.00

Administrative Services

Message from the Director



For over a year now, the Department of Administrative Services has been using new methods for managing projects. The department created a regional project-management bureau with representatives of both health centres and the NRBHSS, using the new project-management approach. This enabled our partners and personnel to manage projects in collaboration, in a transparent and integrated manner. During 2008-2009, the bureau was very active and productive.

This year we made significant advances in our regional information-resources master plan, which will provide tools to all the health-care workers as well as the administrators. Our long-term vision and integrated approach will increase the productivity of health professionals and thus improve the Nunavik health network's performance. The most obvious benefit will be the improvement of the quality of care and the continuum of services for the region's clientele.

On a final note, the Nunavik health network is still in deficit by an amount of $105 million. However, to ensure that budget cuts do not jeopardize basic health and social services, it is critical to ensure close collaboration between the *MSSS*, the health centres and the regional board.

For the coming year, I am looking forward to continuing work on various projects with the representatives of the *MSSS* and the health centres and our team at the regional board.

Silas Watt

Financial Resources

THE REGIONAL BUDGET (MSSS)

The *MSSS* authorized expenditures of $101.3 million for the region for 2008-2009, excluding fixed-assets funds. This breaks down into $96.7 million in actual credits and $4.6 million in the form of authorized deficit. The amount was distributed by the NRBHSS as follows:

2008-2009 ALLOCATIONS	$ (million)
INSTITUTIONS	
Inuulitsivik Health Centre	34.8
Ungava Tulattavik Health Centre	30.5
NRBHSS EARMARKED FUNDS	
Insured/non-insured health benefits	18.7
Other	1.9
COMMUNITY ORGANIZATIONS	
Youth centres	3.7
Other	2.6
Reserved - special projects not realized yet	4.5
TOTAL TRANSFERS	**96.7**

For the fiscal year 2008-2009, the *MSSS* authorized an operating deficit of $4.6 million for both institutions. However, the deficit is expected to be significantly higher than the authorized amount.

DEVELOPMENT BUDGET – Human resources, capital investments and equipment

The following is the summary of the various development budgets announced by the *MSSS* in 2008-2009.

Youth Services (For Year 1 of 3)

Following a request from the NRBHSS and the 2007 Katimajiit forum, in 2008-2009 the NRBHSS received a development budget for 25 additional human resources and activities for both health centres related to youth services.

- Reorganization of youth protection — $1,734,000 recurrent
  (14 new positions to respond to increasing needs)
- CLSC first-line services — $557,000 annualized at
  (8 new positions for youth services) — $1,114,000 (2009-2010)
- Regional rehabilitation services — $450,000 recurrent
  (3 new positions for rehabilitation services for youth)
- Ongoing training for youth-services employees — $200,000 recurrent
- Creation of employee-assistance program (for youth-services employees) — $125,000 non-recurrent

Other Services

- NRBHSS support services — $125,000 annualized at
  (4 positions for financial follow-up, human resources and implementation of information system) — $500,000 (2009-2010)

Capital Investment

In addition, the NRBHSS received a capital development budget of $22,100,417 for construction projects. To begin construction in the summer 2009, a public call for tenders was launched for the following projects:

- Duplexes - staff housing for Inuulitsivik Health Centre — 23 units
- Duplexes - staff housing for Tulattavik Health Centre — 23 units
- Duplexes - staff housing for NRBHSS — 4 units

Medical Equipment

In 2008-2009, the following budgets were requested from the *MSSS* and were approved. The increase in our annual equipment-replacement budget from $360,000 to $1,015,578 will allow the region to regularly replace and update aging and outdated equipment. During Year 2, projects for an endoscope and ECG equipment were also submitted to and accepted by the *MSSS*.

- Increase in annual budget for replacement of medical equipment (from $360,000 to $1,015,578) — $655,578
- New endoscopy equipment — $239,000
- 16 ECGs (electrocardiographs) — $256,000

THE NRBHSS' OPERATING BUDGET

The department provides financial expertise to the other departments: Executive Management, Inuit Values and Practices, Planning and Programming, and Public Health. During the year the department managed the following funds:

Operating and Earmarked Funds

The *MSSS* allocated a budget of $4.4 million for the NRBHSS' operations. The NRBHSS also received $1 million from other sources of revenues. In addition to this operating budget, the NRBHSS also received and managed $22.5 million in earmarked funds for specific activities. These earmarked funds were financed through two different sources, one directly from the *MSSS* and the other from the regional envelope.

Fixed-Assets Fund

The NRBHSS also transferred $4.8 million for various fixed-assets projects such as equipment replacement, building maintenance and renovations, and medical equipment. The 2005-2008 plan for projects submitted by the health centres was completed this year.

Federal Earmarked Funds

An amount of $7.9 million was received from the federal government. Unlike the provincial earmarked funds, the contribution agreements with Health Canada and Indian and Northern Affairs are concluded on a yearly basis. At the end of the year, the federal government recovers any balance not spent during the year.

Health Canada	**$**
Aboriginal Diabetes Initiative	431,579
Brighter Futures	1,087,654
Home and Community Care	1,988,980
Fetal Alcohol Spectrum Disorder	351,720
Mental-Health Crisis Management	820,736
Prenatal Nutrition Program	279,193
Suicide-Prevention Strategy	174,500
Integration Plan – Mental Health	969,667
AHTF Healthy Living in School and Substance Abuse	664,787
Adaptation Plan, Clinical Project	545,356
Aboriginal Health Human-Resources Initiative	291,284
Indian and Northern Affairs	
Adult Disability	25,744
Family Violence	169,200
NNHC Functioning	121,565
Total Federal Government	**7,921,965**

Fixed Assets and Equipment

The NRBHSS recently accepted a new triennial budget for the region of Nunavik and, in doing so, will free up to $11.2 million for building maintenance. The *MSSS* announced its budgets for our region: for 2009-2010, we will receive $4 476 637 for building maintenance and $1 873 164 for functional renovations.

In the early portion of the year, following a public call for tenders, the *CHQ* appointed Genivar to conduct an audit of all buildings belonging to all three organizations (Inuulitsivik, Tulattavik and NRBHSS). The results of the audit will help to ensure adequate planning to maintain the entire fixed-assets stock in Nunavik for the next five years. The results of this audit will also upgrade our replacement value for the region, which in turn will translate into a larger budget.

Biomedical equipment

Since late summer of 2008, with the hiring of a regional coordinator, the Department of Administrative Services has been able to count on the support of a specialized resource in biomedical engineering (BME).

For the moment, the tasks under this new position are as broad as the territory of Nunavik. They include consultations with the nurses of each village who use all sorts of biomedical equipment daily and negotiations with the *MSSS* to adapt provincial policies to northern realities.

Two local BME committees now represent the communities served by the Inuulitsivik and Tulattavik Health Centres. The three-year plans for medical equipment are now compliant with provincial norms and an inventory update is under way.

The BME coordinator supports the health centres in all fields related to medical equipment: needs, availability, purchase evaluation, reception, compliance with norms, corrective and preventive maintenance, service contracts, assembly, training, follow-up, replacements and end of life.

The needs for personnel specialized in biomedical techniques have been clearly identified and an official request has been made with the *MSSS* to enable the Hudson and Ungava subregions to meet Accreditation Canada's requirements in terms of effective management of the stock of medical equipment in Nunavik.

Two projects for the replacement of specialized systems were negotiated and funding was authorized by the *MSSS* in a special envelope totalling close to half a million dollars ($495 000); these projects will begin in 2009-2010.

The active participation of our BME service in the new method adopted at the *MSSS* for calculating regional budgets will permit, starting in 2010, doubling the amounts previously allocated in the sector of replacement of medical equipment in Nunavik.

The coordinator of the regional BME service is but the first building block of a department that plays an important role in the area of safety for patients and medical professionals as well as in the follow-up to sound biomedical practices in health institutions.

The results of this first year are very encouraging, and we are optimistic with regard to the future.

Human Resources: Profile of Personnel Organization and Movement

The profile of our positions as of March 31, 2009, is as follows:

- 51 permanent, full-time positions
- 5 temporary, full-time positions
- 1 regular, part-time position
- 1 temporary, part-time position

Five of these positions are for senior officers and five are for intermediate officers.

Management Personnel

During the year, we replaced a senior officer who retired and created a temporary assignment to replace an officer on maternity leave. One employee was temporarily transferred to fill a position vacated for leave without pay. Another employee was temporarily appointed to a management position to assume responsibility for clinical projects.

Personnel

We hired 10 new employees to replace 8 who left definitively, on maternity leave or leave without pay, as well as to fill the vacant position of information officer and the new position of technical coordinator in biomedical engineering.

In some cases, the departure of employees was followed by a transformation to update the assignment of tasks. For example, the position of management agent was transformed into one of administrative technician (payroll and accounting), with the elimination of the functions related to human resources and more emphasis on technical support for the accounting department. Further, certain positions were created.

In the Department of Administrative Services, a position for assistant to the Director of Administrative Services, a position for officer responsible for the insured/non-insured health

benefits program and a position for technical coordinator in biomedical engineering were created. Two of these positions were filled and the third will be filled during the next fiscal year.

In the Department of Public Health, a temporary, full-time position for coordinator of the Healthy Schools Program was created and will be filled in 2009-2010.

In the Department of Planning and Programming, a temporary, full-time position for officer responsible for clinical projects was created and filled.

In the Executive Management Department, a temporary assignment was created and filled.

As for the Department of Inuit Values and Practices, no new, temporary assignments were created.

A particular effort was made this year to structure the entire personnel-hiring process, from the posting of our needs to the various recruitment methods to the selection, hiring and orientation processes for new employees.

We are constantly pursuing our objective of attracting more Inuit personnel, who currently make up 21% of our total manpower.

Information Systems

Information systems in the region advanced during the year. The Regional Clinical Health Record project was the main focus of our efforts within the Nunavik health sector. This major project has been approved by the boards of directors of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services and the two health centres (Inuulitsivik and Tulattavik) and will be implemented during the next fiscal year. Once deployed, it will enable the clinical staff to securely access client information within a minimal amount of time regardless of the client's home community, as well as improve the effectiveness of clinicians' decisions.

The Regional Project Management Bureau, which has representatives from both health centres and the Nunavik Regional Board, has greatly contributed to the decision-making process and the flow of information concerning the Regional Clinical Health Record project.

The Nunavik Information-Resources Master Plan is constantly being revised to reflect the changing regional and local realities. The major obstacle in the very short term is the upgrade of the telecommunications network. The NRBHSS is working with the *MSSS* and the KRG to find a sustainable and effective solution to this ongoing problem. Our overall goal is to maximize Inuit ownership of programs and funding allocations in order to improve quality, access and control,

improve the health of Inuit and ensure all programs and services are culturally appropriate, well coordinated and holistic.

Due to the lack of an adequate telecommunications infrastructure in the communities, no new telehealth installations were added in the region. However, telehealth is regularly being used at both of the region's health centres with southern institutions such as the McGill University Health Centre (MUHC) and the *Module du Nord québecois* (*MNQ*, or Northern Québec Module). Many administrative meetings were held during the year using videoconferencing equipment, thus reducing travel costs considerably. These videoconferences are held mainly between the NRBHSS and the two health centres as well as with the *MNQ* and various sites throughout the province.

The *MNQ*, which is located in Montréal and ensures lodging and follow-up for patients while they receive medical care at one of the Montréal region's tertiary centres, has upgraded its client-management software, enabling the staff to provide a more integrated service for the clientele.
Progress was made in the security aspect of information resources. The categorization of information resources has begun; this included an inventory of all potentially sensitive data related to the health sector. During the next year, the Regional Security Master Plan should be completed. The security of personal information is and continues to be a priority of the NRBHSS and the entire Nunavik health network.

Finally, the NRBHSS Web site is currently being updated; the revamped site should be complete and accessible by the end of the summer.

Rapport annuel
2008-2009

Du 1er avril 2008 au 31 mars 2009

Notre raison d'être

Le bien-être de toute la population du Nunavik

Notre mission

Planifier, organiser, appliquer et évaluer des programmes pour servir notre population

Notre objectif

Améliorer l'état de santé de notre population

Nos valeurs

Autonomie, respect, participation, valorisation de nos ressources humaines et collaboration avec nos partenaires

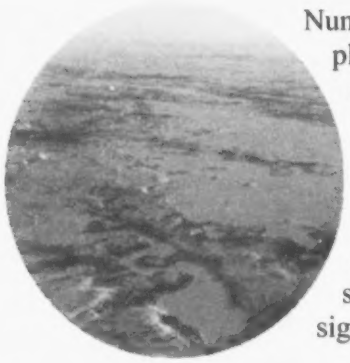
Table des matières

Nunavik – « un vaste territoire occupé » 5
La Région et son Peuple 5
Indicateurs de Santé chez les Inuits 7
Le Réseau de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik 8
La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux Nunavik 8
Centres de Santé 10
Mot de la présidente du Conseil d'administration 12
Conseil d'administration 14
Direction générale 16
Mot du Directeur général intérimaire 16
Services préhospitaliers d'urgence et mesures d'urgence 18
Direction de la planification et de la programmation 20
Mot de la Directrice 20
Programmes de soutien 22
Santé mentale, prévention du suicide et santé et bien-être des hommes 25
Dossiers violence familiale et agressions sexuelles 27
Personnes en perte d'autonomie 29
Organismes communautaires et développement des ressources 32
Affaires médicales, projet clinique et santé physique 35
Dépendances 36
Santé Publique 39
Mot du Directeur 39
Ressources humaines 39
Protection de la santé publique 39
Prévention 42
Promotion de la santé 47
Connaissance – Surveillance – Information 54
Recherche et Évaluation 55
Participation aux comités ou groupes de travail – représentation 56
Perspectives pour l'année 2009-2010 56
Valeurs et Pratiques Inuites 58
Mot de la Directrice 58
Sages-femmes 59
Rapport sur l'évaluation des besoins des anciens élèves de pensionnat 59
Rapport sur le programme de formation destiné aux cadres inuits 60
Initiative relative aux ressources humaines autochtones en santé (IRHAS) 62
Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) 62
Projet de guérison 2008-2009 63
Association des maisons de jeunes du Nunavik 64
Grandir ensemble 65

Services administratifs 67
Mot du Directeur 67
Ressources financières 68
Immobilisations et équipements 71
Équipement biomédical 72
Volet Ressources humaines – Portrait de l'organisation et du mouvement de personnel 73
Systèmes d'information 74

Nunavik – « un vaste territoire occupé »

La Région et son Peuple



Nunavik, la région inuite du Québec, est un vaste territoire qui couvre plus de 500 000 kilomètres carrés. Ses zones géographiques comprennent la taïga et la toundra, et ses paysages varient entre montagnes, forêt boréale, innombrables lacs et rivières et haute mer.

Il existe différentes interprétations du mot Nunavik. Pour certains, Nunavik signifie « la place où nous avons atterri ». Dans son dictionnaire d'inuktitut, Tamusi Qumak indique que Nunavik signifie « une vaste terre occupée par des animaux ».

Aujourd'hui, le Nunavik compte environ 10 000 habitants, dont 90 % Inuits, vivant dans 14 communautés réparties sur les côtes et le long des rivières : Kuujjuaraapik, Umiujaq, Inukjuak, Puvirnituq, Akulivik, Ivujivik, Salluit, Kangiqsujuaq, Quaqtaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kuujjuaq et Kangiqsualujjuaq.

Chaque communauté dispose d'infrastructures municipales ainsi que des services essentiels modernes et adaptés au Nord. Par exemple, les logements et autres bâtiments ont l'eau courante; l'eau provenant de réservoirs locaux est livrée quotidiennement par camion-citerne.

Aucune route ne mène au Nunavik; le transport de passagers et de cargo se fait par avion et par navire.

À l'exception de Kuujjuaq, ces petites communautés sont dispersées le long des 2 500 kilomètres de côtes qui bordent le Nunavik, certaines sur la côte est de la baie d'Hudson, d'autres sur les côtes du détroit d'Hudson et de la baie d'Ungava. Kuujjuaq se situe un peu plus loin à l'intérieur des terres, en amont de la rivière Koksoak, directement sur la ligne des arbres, à cheval entre la taïga et la toundra. Avec sa population de 2 000 habitants, c'est la plus grande communauté du Nunavik, ce qui en fait aussi le centre administratif de la région.

Malgré la distance qui les sépare, les Inuits, qui sont chaleureux et qui vivaient jadis la vie de nomade, apprécient le contact social. Toutefois, les communautés du Nunavik n'étant pas reliées par des routes, les habitants doivent voyager par avion, par bateau ou en motoneige, selon les saisons, pour se visiter entre eux. Peu importe le temps froid, ces visites font de rencontres chaleureuses.

Comme la population du Nunavik est majoritairement inuite, l'inuktitut est la langue la plus parlée sur le territoire. Par contre, dû à la prépondérance du fédéral dans l'ancienne administration de la région, l'anglais est aussi utilisé couramment, surtout au travail, plus que le français, bien que celui-ci fasse des progrès considérables.

Pour savoir plus sur la région, visiter le site **www.nunavik.ca**.

Indicateurs de Santé chez les Inuits



Les indicateurs de santé chez les Inuits du Nunavik sont peu encourageants comparés à ceux pour le reste du Québec : l'espérance de vie y est inférieure de 16 ans, les taux de mortalité infantile et d'hospitalisation sont quatre fois plus élevés et le taux de maladies infectieuses est très haut. Parmi les causes du taux de mortalité élevé sont les tumeurs malignes, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les complications reliées au tabagisme et les accidents reliés à la consommation d'alcool. De plus, le taux du suicide au Nunavik est plus que sept fois plus élevé que celui pour le reste de la province : le taux chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans est 46 fois plus élevé, et celui chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans est 23 fois plus élevé.

Le coût de la vie étant beaucoup plus élevé au Nunavik dû aux coûts reliés au transport, il est évalué que 43 % des ménages du Nunavik vivent en dessous du seuil de pauvreté, comparativement à 17 % pour le Québec.

Le Nunavik souffre aussi d'un manque de logement, plus de 500 familles ou individus étant sur une liste d'attente. Bien que la moyenne de personnes par habitation soit de 4,72, il n'est pas rare de voir de 10 à 12 personnes habiter un même logis. Par ailleurs, bien que certains logements comportent cinq ou six pièces, un grand nombre d'entre eux sont plus petits, ce qui contribue à un nombre de personnes par pièce plus élevé pour le Nunavik (0,93) que pour la grandeur du Québec (0,5).

Sources

- Les services de santé et les services sociaux au Nunavik
- Sommaire exécutif, RRSSSN, 2007
- Plan régional de lutte contre la pandémie d'influenza, mission santé, document de travail, RRSSSN, 2006
- Rapport annuel 2005-2006
- Site Internet de l'Institut culturel Avataq

Le Réseau de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik

Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik comprend la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, le Centre de santé Inuulitsivik (côte d'Hudson) et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (côte d'Ungava). La Convention de la Baie James et du Nord québécois (CBJNQ) et conventions complémentaires ont établi les balises pour le développement des services de santé et des services sociaux sur le territoire du Nunavik. L'organisation des soins de santé et des services sociaux relève du système provincial, mais elle est adaptée aux réalités de la région.

Avec la taille de sa population et ses caractéristiques socioculturelles, le Nunavik est un lieu privilégié où se mêlent curatif et préventif, un endroit où les activités de promotion, de prévention et de protection peuvent s'exercer de la façon la plus harmonieuse et la plus naturelle, tant au niveau de la santé qu'au niveau des services sociaux.

La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux Nunavik

Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Nunavik correspond à la région sociosanitaire 17. La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) gère un budget de près de 100 000 millions de dollars destiné aux services de santé et services sociaux pour la population des 14 communautés.



La RRSSSN emploie environ 55 personnes inuites et non inuites et comprend une direction générale, une direction de la santé publique, une direction de la planification et de la programmation, une direction des services administratifs et une direction des valeurs et pratiques inuites créée en 2007-2008.

Un conseil d'administration composé de 20 membres chapeaute la RRSSSN :

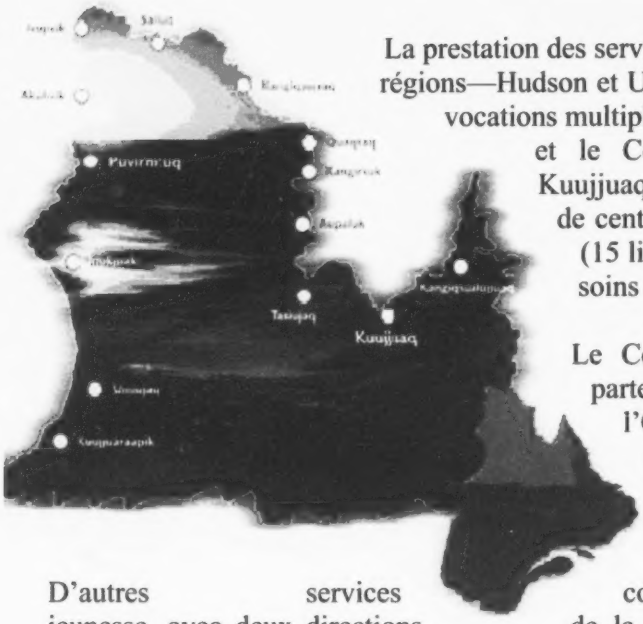
- 14 personnes représentant respectivement chaque village du Nunavik;
- les directeurs généraux de chacun des centres de santé (Tulattavik et Inuulitsivik) (deux membres);

- un membre nommé par le conseil d'administration de chaque centre de santé à même les représentants élus par les villages (deux membres);
- un membre nommé par le conseil d'administration de l'Administration régionale Kativik (ARK);
- la directrice générale de la RRSSSN.

Outre les fonctions directement reliées à l'administration, le conseil est responsable d'identifier les priorités relativement aux besoins de la population en matière de services de santé et de services sociaux, priorités qui sont soumises à la séance publique d'information que la régie tient annuellement.

La loi prévoit une représentation majoritaire des Inuits sur les conseils d'administration de la régie régionale et des établissements.

Centres de Santé



La prestation des services est organisée localement et selon les sous-régions—Hudson et Ungava—et est centrée à deux établissements à vocations multiples, le Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituq et le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava à Kuujjuaq. Ces établissements poursuivent les missions de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (15 lits par centre) ainsi que de centre hospitalier de soins de longue durée.

Le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, en partenariat avec la municipalité de Kuujjuaq et l'Office municipal d'habitation Kativik, maintient un foyer de soins infirmiers de 10 places. Un centre de jour pour les personnes âgées existe aussi à Kuujjuaq.

D'autres services comprennent la protection de l'enfance et de la jeunesse, avec deux directions de la protection de la jeunesse, une dans chaque sousrégion. Les installations comprennent un centre de réadaptation régional de 14 places à Salluit, deux foyers de groupe sous-régionaux de 8 places chacun à Puvirnituq et Kuujjuaq et un point de service de CLSC dans chacune des 14 communautés.

Le point de service de CLSC de chaque communauté compte une équipe composée de professionnels provenant de différents domaines et disciplines; ces équipes offrent une gamme de services de santé et de services sociaux à la population. La composition de l'équipe varie d'une communauté à l'autre, selon la taille de la population et les fonctions de l'équipe.

Les services de santé de deuxième ligne sont limités au Nunavik. Le recours à des ressources à l'extérieur de la région est la norme pour pratiquement tout examen et tout traitement spécialisés. Certains services sont offerts par les deux centres de santé, notamment par des spécialistes itinérants tels les gynécologues, psychiatres, orthopédistes, etc. Si les services spécialisés ou ultraspécialisés ne peuvent être rendus au Nord, le client est orienté aux ressources situées au Sud, selon l'entente avec le RUIS McGill ou autre entente.

Le Service aux patients à Montréal sert de liaison et de soutien dans ces cas de transfert; il assure la réception, le transport, le logement et les services d'interprétariat ainsi que la liaison avec les établissements au Nord.

Un centre de crise de cinq places à vocation régionale, situé à Puvirnituq, offre des services de deuxième ligne en santé mentale. Les clients peuvent également être orientés vers le CHUM Notre-Dame (deux lits).

Mot de la présidente du Conseil d'administration



Comme par le passé, cette année nous avons poursuivi notre collaboration avec les différents organismes afin de trouver les meilleures solutions pour développer et améliorer les services de santé et les services sociaux au Nunavik.

Après plusieurs années d'efforts, l'entente de principe pour un gouvernement du Nunavik fut signée à l'Assemblée nationale du Québec. À présent, les mécanismes juridiques reliés au fonctionnement du nouveau gouvernement sont au stade d'élaboration. Nous suivons ce processus de près dans l'espoir qu'il mène à l'entente finale en l'an 2010.



Suite au Sommet Katimajiit en août 2007, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik a consacré beaucoup d'efforts aux préoccupations et aux recommandations soulevées lors du sommet. Les leaders inuits et les représentants des gouvernements du Québec et du Canada ont assisté à la rencontre de suivi du sommet le 6 mars 2009.

Concernant le réseau de la santé et des services sociaux, nous avons réalisé ou sommes en train de réaliser certaines améliorations importantes dans les domaines de la protection de la jeunesse, de la mobilisation communautaire, de la dépendance et de la violence :

- Pour les personnes avec des problèmes de santé particuliers, l'ancienne école de Kangiqsualujjuaq sera convertie en centre de services multifonctionnel. Ce projet de 3,8 millions de dollars, conjointement réalisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire, assurera la relocalisation des résidents actuels du bâtiment.

- La protection de la jeunesse est une préoccupation majeure dans la région du Nunavik. En effet, le territoire a embauché 14 nouveaux agents de la protection de la jeunesse, et un financement pour leur éducation continue a été octroyé. À lui seul, cet engagement représente un investissement de près de deux millions de dollars par année. À part ces 14 agents, il y aura un besoin de cinq professionnels, deux intervenants inuits et un superviseur clinique pour les services sociaux de première ligne.

- Des efforts sont en cours afin de consolider l'organisation de services à la famille et à la jeunesse par la mise sur pied d'une direction régionale de réadaptation pour jeunes, sous

la responsabilité du Centre de santé Tulattavik. Avec un soutien financier du Gouvernement du Québec, la RRSSSN effectuera une consultation régionale sur la question de l'adoption traditionnelle.

- Avec les budgets octroyés pour embaucher 14 travailleurs communautaires inuits et pour organiser les activités des comités de santé, chaque communauté pourra se mobiliser dans la recherche de solutions efficaces aux problèmes sociaux.

- Dans la même perspective, le Gouvernement du Québec a majoré le financement du Centre de traitement Isuarsivik afin de permettre à ce dernier de développer un mandat régional répondant aux besoins de toutes les communautés ainsi qu'un mandat spécifique pour intervenir auprès des jeunes. Enfin, les budgets destinés aux trois refuges pour femmes victimes de violence conjugale et leurs enfants ont également été majorés.

Notre région fait face à de nombreux défis, mais nous demeurons optimistes quant à l'avenir. Sans la volonté de tous les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik, qui oeuvrent sans cesse afin de répondre aux besoins de la population, nous ne serons pas en mesure de poursuivre nos efforts à améliorer la qualité de vie des *Nunavimmiut*.

Nous remercions tous les membres du conseil d'administration de la RRSSSN de leur contribution et leur engagement au cours de 2008-2009.

Finalement, je voudrais reconnaître la contribution et la volonté de Mme Jeannie May, directrice générale, et de lui souhaiter une belle expérience maternelle. Je voudrais également souligner la contribution et la volonté de M. Gilles Boulet dans son rôle de directeur général par intérim.

Alasie Arngaq

Conseil d'administration

Nous tenons à féliciter les nouveaux membres élus durant la dernière année et nous anticipons une étroite collaboration afin d'atteindre notre objectif commun d'améliorer l'état de santé des *Nunavimmiut*.

Composition Conseil d'administration au 31 mars 2009



1.	Arngak, Alasie	Présidente, Représentante de Kangiqsujuaq
2.	Pomerleau, Madge	Vice-présidente, Directrice générale de Tulattavik
3.	Boulet, Gilles	Secrétaire, Directeur général par intérim de la RRSSSN
4.	Weetaluktuk, Eva	Membre du comité exécutif, Représentante d'Inukjuak
5.	Kanarujuak, Saira	Membre du comité exécutif, Représentante du conseil d'administration d'Inuulitsivik

DIRECTEURS

6.	Ainalik, Adami	Représentant d'Ivujivik
7.	Angutigirk, Ida	Représentante de Salluit
8.	Baron, Christina	Représentante de Kangiqsualujjuaq

9. Epoo York, Lizzie	Représentante du conseil d'administration de Tulattavik
10. Ezekiel, Padlaya	Représentant de Quaqtaq
11. Garneau, Gérald	Directeur par intérim d'Inuulitsivik
12. Kauki, Annie Munick	Représentant de Tasiujaq
13. Kumarluk, Willie	Représentant d'Umiujaq
14. Makimmak, Lizzie	Représentante d'Akulivik
15. Moorhouse, Andy	Représentant de l'A.R.K.
16. Niviaxie, Lizzie	Représentante de Kuujjuaraapik
17. Oninak, Masha	Représentante d'Aupaluk
18. Pinguapik, David	Représentant de Kangirsuk
19. Snowball, Bobby Sr.	Représentant de Kuujjuaq
20. Uitangak, Elisapi	Représentante de Puvirnituq

À la séance du 9-11 décembre 2008, Gilles Boulet, directeur général par intérim de la RRSSSN, fut nommé secrétaire en remplacement de Jeannie May qui quitte pour un congé de maternité.

Aucune politique n'a été adoptée ni modifiée durant l'année financière.

Direction générale

Mot du Directeur général intérimaire



Il me fait plaisir en tant que directeur général intérimaire de vous présenter le rapport annuel de 2008-2009.

Durant cette dernière année, nous avons relevé plusieurs défis intéressants :

- L'an 2008-2009 a permis de poursuivre la réorganisation des services à la jeunesse dans la région du Nunavik. Malgré tous les efforts consentis, un constat s'impose : le succès de la réorganisation des services à la jeunesse et l'amélioration des conditions de vie des jeunes du Nunavik doivent être accompagnés par une amélioration marquée de la situation du logement de la population du Nunavik.

- Tout au cours de l'année, avec les partenaires nous avons travaillé sur un projet pour mettre en place un bâtiment multiservices à Kangiqsualujjuaq. Le 6 mars l'annonce officielle fut faite à Montréal. Les travaux devraient commencer en février 2010.

- Également le 6 mars, avait lieu à Montréal la signature d'un protocole d'entente concernant la planification stratégique régionale. Ce protocole stipule que le MSSS et la régie régionale doivent se réunir sur une base régulière afin de discuter de cette planification pour en arriver à une entente avant le 3 mars 2010.

- Des travaux se poursuivent avec le MSSS pour finaliser le rattrapage au niveau du logement des travailleurs de la santé et des services sociaux du Nunavik. Ces travaux prennent également compte des besoins en espace de bureau pour le réseau.

- Nous avons participé au comité technique pour le suivi des engagements du sommet Katimajjiut tenu en 2007.

- Nous avons également travaillé avec diligence afin de réorganiser les services à la jeunesse dans la région.

- La régie régionale a maintenu tout au cours de l'année ses efforts pour voir clair dans les finances du réseau de la santé et des services sociaux de la région. Ces efforts impliquent principalement la mise en place d'un système de suivi financier rigoureux avec tous les rapports que cela comporte.

- La relocalisation du MNQ et tous les dossiers des services assurés non assurés (SANA) ont également été une préoccupation constante. Suite à la vérification par le MSSS, la régie travaille à la restructuration des SANA pour le Nunavik.

- Suite au rapport et aux recommandations du comité ministériel sur le fonctionnement du Centre de santé Inuulitsivik, la régie prépare la mise en place d'une direction régionale de développement des ressources humaines qui devra entre autres se préoccuper du recrutement et de la rétention dans le réseau du Nunavik, tout particulièrement chez les travailleurs inuits. Cette direction devra voir à l'implantation de programme de formation adapté afin d'assurer le succès au niveau de la rétention.

- Une autre priorité pour la régie régionale est de consolider au plus tôt le réseau des sages-femmes et des services de maternité dans la région, tant sur la côte de l'Hudson que sur la côte de l'Ungava.

- Nous avons accueilli au cours de l'hiver une délégation sous-ministérielle et avons fait voir aux membres certaines réalités et difficultés que nous avons à confronter dans la région.

- En plus de participer à plusieurs tables et comités, nous participons activement au comité régional de partenariat qui tente de soutenir les communautés dans leurs initiatives de changements sociaux positifs dans leur milieu.

- Pour terminer, nous avons vu partir Claude Bouffard à la retraite. Mme Bouffard était à la tête de la Direction de la planification et de la programmation. Nous la remercions pour tout ce qu'elle a donné à la région. Nous avons accueilli sa remplaçante, Johane Paquette, et nous lui souhaitons plein de succès dans ses nouvelles fonctions. Nous tenons également à remercier Michèle Forgues, qui a accepté de reprendre du service pour appuyer la Direction générale et le conseil d'administration tout au cours de 2008-2009.

Enfin, je tiens à remercier le personnel de la RRSSSN et les membres de son conseil d'administration pour leur soutien dans l'accomplissement de mes fonctions.

Gilles Boulet

Services préhospitaliers d'urgence et mesures d'urgence

Services préhospitaliers d'urgence

L'année 2008-2009 nous a permis d'implanter les services préhospitaliers d'urgence dans les communautés de Quaqtaq, Aupaluk, Tasiujaq, Umiujaq et Ivujivik.

De nouveaux candidats ont été formés et les premiers répondants déjà en fonction ont été recertifiés dans les services existant. Il est prévue d'autres formations afin de compléter l'installation du service et d'augmenter le nombre d'intervenants dans certaines communautés en 2009-2010.

Des négociations débuterons avec les autorités municipales et les centre de santé Tulattavik de Kuujjuaq et Inuulitsivik de Puvirnituk afin d'assurer l'implantation du service de premiers répondants au cours de l'année 2010-2011.

Nous devons rappeler que les centres de santé Tulattavik et Inuulitsivik offre déjà un service ambulancier de qualité, le rôle des premiers répondants devra être revue et adapté à cette réalité. Grâce à une étroite collaboration avec le ministère de la santé et des services sociaux l'implantation des services de premiers répondants est complétée dans 12 communautés nordiques au bénéfice de tous les Nunavimmiut.

Mesures d'urgence, santé

La Régie Régionale par le volet du programme des mesures d'urgence intervient lorsqu'il y a débordement des capacités d'interventions des centres de santé.

Afin de répondre efficacement à toutes les urgences «mission santé» pouvant survenir au Nunavik, un centre de coordination d'urgences (CCU) a été mis en place. Ce centre est doté d'équipements à la fine pointe de la technologie, les communications sont assurées via un nouveau système téléphonique satellitaire disponible dans les CLSC ainsi que dans les centres de santé Tulattavik et Inuulitsivik.

Le Plan Suprarégional Nordique de lutte à une pandémie d'influenza (PSNPI), élaboré en collaboration avec les équipes des mesures d'urgence des régions Nord du Québec, de la Baie-James et de l'Abitibi-Témiscamingue, continue à évoluer et fait l'objet de mises à jour.

Ce plan de lutte intégré représente une première au niveau du réseau de la santé. Notre vision commune de lutte à une pandémie a amené quatre régions sociosanitaires du Québec à se regrouper afin de fournir une réponse unifiée devant la menace de pandémie d'influenza.

Ce plan de lutte nordique suprarégional est l'aboutissement final et un précédent face à une collaboration et à une solidarité qui, nous l'espérons, se répétera en d'autres domaines.

Colloque sur la sécurité civile

Le deuxième colloque annuel de l'ORSC Nord-du-Québec a eu lieu à Kuujjuaq du 25 au 27 août sous le thème « *Une perspective différente de la sécurité civile au Québec* ».

L'Organisation Régionale de la Sécurité Civile (ORSC) du Nunavik est fière d'annoncer que ce colloque a réuni plus de 130 invités à cette rencontre annuelle. Plusieurs conférenciers ont partagé leurs expériences reliées aux mesures d'urgences.

Le troisième colloque sera organisé par la Communauté Cri de Wemindji en collaboration étroite avec les Rangers et les Forces Canadiennes.

Direction de la planification et de la programmation

Mot de la Directrice



L'année 2008-2009 fut une année de transition. Le départ de Mme Claude Bouffard et mon arrivée à la direction m'ont permis de prendre connaissance de tous les dossiers et des travaux déjà bien entamés suite au Sommet Katimajiit. Les investissements importants du MSSS nous ont permis de centrer nos actions sur la réorganisation des services à la jeunesse. Malgré les nombreux efforts de recrutement, les structures organisationnelles mieux définies et les formations offertes, nous sommes encore à déployer les efforts afin de stabiliser la crise et éviter quotidiennement les ruptures de services. Tous les employés, les centres de santé et nos partenaires travaillent à créer des corridors de services qui permettront à nos jeunes et familles de recevoir des services et programmes adaptés à leurs besoins. Des efforts de concertation étroite sont présents et sont à renforcer afin que collectivement nous puissions arriver au mieux-être de notre population et que des solutions permanentes se dessinent.

Il est clair que les problématiques de suicide, de violence sous ses différentes formes, d'abus de drogues et d'alcool, ainsi que la conservation des activités et des valeurs inuites, sont des préoccupations de toute l'équipe. Le manque de logements sociaux ainsi que le manque d'espaces pour loger tous les travailleurs inuits et non-inuits sont des défis importants pour tous les partenaires. Un travail sur les valeurs et sur notre organisation de travail ainsi qu'une meilleure définition des rôles et responsabilités de l'équipe sont en voie de se réaliser. Un plan d'action harmonisé nous a permis de prioriser nos actions en fonction des orientations lors de la dernière assemblée générale annuelle.

L'étape de la sensibilisation du projet clinique étant terminée, la prochaine année verra son élaboration afin qu'il devienne un levier important pour soutenir nos centres de santé à mettre de l'avant les programmes-services. Ces derniers permettront davantage l'harmonisation de nos pratiques afin d'assurer une qualité, une continuité et une accessibilité plus grandes aux services.

La relocalisation du MNQ sera un projet important pour l'amélioration des services offerts au Sud et ce, avec la signature d'ententes formelles avec nos partenaires du Sud. Les efforts pour la réorganisation des services à la jeunesse se poursuivront afin que les recommandations du rapport de la Commission des droits puissent être mises en application. Pour ce faire, les différentes organisations devront travailler de concert à la mise en place de moyens concrets pour répondre aux besoins spécifiques de notre population. Des actions concertées seront nécessaires dans les contextes socio-économiques, politiques et communautaires afin que les

programmes puissent se déployer de façon efficace et en réponse aux besoins réels des communautés.

Je compte remplir ma fonction avec toute mon énergie et ma volonté d'atteindre ces résultats. L'équipe en place est disposée à contribuer toute son expertise, son soutien ainsi que sa volonté d'actualiser nos priorités d'action, afin que tous ensemble, de façon individuelle et collective nous puissions arriver à répondre aux besoins de notre population.

Johane Paquette

Programmes de soutien

Introduction

L'unité des programmes de soutien à la Direction de la planification et de la programmation est composée d'un coordonnateur et de quatre agents qui veillent au développement des activités dans les programmes-services suivants :

- santé mentale et prévention du suicide;
- violence familiale et agressions sexuelles;
- personnes en perte d'autonomie et réadaptation physique;
- organismes communautaires et développement des ressources.

L'équipe des programmes de soutien s'assure du développement des dossiers en fonction des principes directeurs suivants : collaboration continue avec ses partenaires, implication des communautés et développement des ressources inuites locales pour la livraison des services. Ceci suppose le respect de la culture et des spécificités inuites. À cet effet, le conseiller encourage l'établissement des liens entre les agents et la Direction des valeurs et des pratiques inuites et la Direction de la santé publique.

Faits saillants de la coordination des programmes de soutien

Le tableau suivant dresse le portrait général des activités de développement entreprises par le conseiller en collaboration avec chacun des agents.

Gestion et planification	• Recrutement d'une agente responsable des dossiers violence et agressions sexuelles à l'automne 2008; • Recrutement d'une agente responsable des organismes communautaires et du développement des ressources; • Élaboration du programme des agents communautaires de liaison (*community liaison wellness workers*); • Suivi budgétaire des programmes (financement, transferts aux établissements et partenaires).
Santé mentale et prévention du suicide	• Suivi de l'implantation du projet de santé mentale (amélioration des services en santé mentale dans les communautés), particulièrement en ce qui concerne la mise en place des équipes de santé mentale dans les deux centres de santé, et début du plan de travail ; • Projet d'appartements supervisés à Puvirnituq (pour la clientèle santé mentale en suivi clinique).

Violence familiale et agressions sexuelles	• Projet de construction de maisons dans le but de recruter des professionnelles pour les maisons d'hébergement pour victimes de violence de Salluit et de Kuujjuaq; • Projet pour l'établissement de la maison d'hébergement pour victimes de violence d'Inukjuak.
Personnes en perte d'autonomie et déficience physique	• Projet de centre multiclientèle de Kangiqsualujjuaq pour personnes âgées et personnes handicapées; • Projet de développement de ressources pour personnes âgées au Nunavik; • Projet de partenariat avec les centres de réadaptation physique de la région de Montréal.
Organismes communautaires et développement des ressources	• Suivi du développement des organismes communautaires; • Définition du programme de formation pour les agents communautaires de liaison (*community liaison wellness workers*); • Début des travaux pour le développement d'un programme de formation en santé et services sociaux pouvant être ensuite dispensé au Nunavik.

Perspectives pour l'année 2009-2010

Coordination des programmes	• Mise en place du programme des agents communautaires de liaison (*community liaison wellness workers*) en partenariat avec les deux centres de santé, la Direction des valeurs et pratiques inuites et la Direction de la santé publique; • Participation au plan de lutte pandémie: appui aux volets santé physique et psychosocial.
Santé mentale et prévention du suicide	• Poursuite du développement de la stratégie régionale et des protocoles d'intervention multisectoriels pour contrer les suicides et l'établissement de partenariats régionaux; • Poursuite du développement des ressources inuites en prévention, intervention et postvention du suicide; • Planification des activités à long terme; • Projet santé mentale : suivi des travaux des équipes de santé mentale dans les deux centres de santé; un modèle d'intervention et de suivi des clientèles inuites devrait être élaboré et proposé;

	• Travaux de pérennisation du budget pour le maintien des équipes de santé mentale et discussions avec le MSSS.
Violence familiale et agressions sexuelles	• Livraison des logements pour les professionnelles des maisons d'hébergement pour victimes de violence de Salluit et de Kuujjuaq; • Ouverture de la maison d'hébergement pour victimes de violence d'Inukjuak; • Mise en place des centres désignés pour les victimes d'agressions sexuelles.
Personnes en perte d'autonomie et déficience physique	• Développement des partenariats et ouverture du centre multiclientèle de Kangiqsualujjuaq pour personnes âgées et personnes handicapées ; • Développement du partenariat avec les centres de réadaptation physique de la région de Montréal; • Planification pour la mise en place de deux centres hospitaliers de soins de longues durées.
Organismes communautaires	• Création des nouveaux organismes communautaires : maisons d'hébergement pour victimes de violence d'Inukjuak, centre multiclientèle de Kangiqsualujjuaq, appartements supervisés à Puvirnituq; • Établissement des termes de référence et des protocoles de suivi des organismes communautaires.
Développement des ressources	• Élaboration du programme de formation pour les agents communautaires de liaison (*community liaison wellness workers*); • Développement d'un programme de formation en santé et services sociaux pouvant être ensuite dispensé au Nunavik.

Le conseiller a la responsabilité de superviser les agents dans le bon déroulement des activités prévues à leur plan de travail respectif. Cette année, l'équipe des programmes de soutien a accompli des progrès importants dans chaque programme-services. Les pages suivantes en font état.

Santé mentale, prévention du suicide et santé et bien-être des hommes

Aux programmes de soutien, un agent est responsable des programmes-services en santé mentale et en prévention du suicide. L'agent est aussi responsable du développement futur des services s'adressant aux hommes en difficulté (les dossiers santé et bien-être des hommes).

Le bien-être mental des habitants de notre territoire est une préoccupation de tous les instants. Cette année, notre dossier majeur aura été le démarrage du projet de santé mentale, financé par Santé Canada. Notre objectif est de nous assurer de la mise en place de services en santé mentale qui soient adaptés aux besoins des individus et en partenariat avec les communautés.

Notre souci d'améliorer le bien-être mental des personnes passe aussi par l'introduction de mesures efficaces pour lutter contre le suicide, un enjeu très important pour nous. Le suicide affecte principalement les jeunes mais touche aussi les adultes et les personnes âgées de nos communautés. Par la mise en place du Comité régional en prévention du suicide du Nunavik, les principaux acteurs de la région s'organisent présentement vers l'élaboration d'une réponse concertée et planifiée en matière de promotion, de prévention, d'intervention et de postvention sur notre territoire, pour toutes les clientèles, mais plus particulièrement les jeunes.

Faits saillants

Santé mentale

- Recrutement des équipes en santé mentale dans les deux centres de santé (projet financé par Santé Canada) et planification des travaux;
- Collecte d'information dans les communautés par les deux équipes : nature des problématiques en santé mentale, besoins et suggestions pour l'amélioration des services, offres de service dans chaque communauté;
- Amorce d'un travail avec les gouvernements pour pérenniser le financement et le maintien des équipes en santé mentale pour l'Ungava et l'Hudson.

Prévention du suicide

- Poursuite des travaux au sein du Comité régional en prévention du suicide visant l'implantation d'une stratégie régionale concertée en prévention du suicide avec l'ensemble de nos partenaires;
- Poursuite de la formation des formateurs inuits en prévention du suicide ; à ce jour, cinq formateurs ont reçu leur accréditation *ASIST* (*Applied Suicide Intervention Skills Training*), offerte par Living Works ; deux autres formateurs continuent leur processus d'accréditation;
- Six ateliers de prévention *ASIST* ont été offerts par les formateurs inuits dans les villages;
- Trois ateliers de postvention, suite à des suicides et événements traumatiques, ont été offerts.

Formation en prévention du suicide à ce jour

Type de formation	Village	Date	Nombre	Type de clientèle
Année 2007-2008				
Prévention ASIST	Kangirsuk	Feb-07	22	Maison des jeunes (youth centres)
Prévention ASIST	Puvirnituq	Mar-07	20	Maison des jeunes (youth centres)
Prévention ASIST	Salluit	May-07	14	7 Inuits des communautés et 7 intervenants CLSC
Prévention ASIST	Kuujjuaraapik	Sep-07	15	8 Inuits des communautés et 7 intervenants CLSC
		Total 2007-2008	**71**	
Année 2008-2009				
Réunion et suivi de la formation des formateurs ASIST	Kuujjuaq	Jul-08	6	Formateur ASIST
Prévention ASIST	Kangirsuk	Sep-08	17	Inuits des communautés
Prévention ASIST	Kuujjuaq	Nov-08	18	Inuits des communautés
Prévention ASIST + deuil après le suicide	Puvirnituq	Jan-09	12	Inuits des communautés
Prévention ASIST	Inukjuak	Jan-09	13	Inuits des communautés
Prévention ASIST	Salluit	Mar-09	14	Inuits des communautés
Prévention ASIST	Akulivik	Mar-09	17	Inuits des communautés
Prévention ASIST + deuil après le suicide	Kangiqsuallujjuaq	Apr-09	15	Inuits des communautés
		Total 2008-2009	**112**	
		Total à ce jour	**183**	

Santé et bien-être des hommes

- Les travaux débuteront en 2009-2010.

Perspectives et enjeux pour l'année 2009-2010

Santé mentale

- Analyse des données recueillies auprès des communautés concernant les besoins en santé mentale et en organisation des services;
- Évaluation des actions menées par les équipes en santé mentale afin de proposer des améliorations à la préparation du modèle de prestation de services;
- Élaboration d'un modèle de prestation de services en santé mentale pour les jeunes et adultes, adapté aux communautés du Nunavik ;

- Collaboration avec les ressources en santé mentale du territoire pour l'amélioration de leurs services et pour venir en appui à leurs ressources (les appartements supervisés de Kuujjuaq et de Puvirnituq, Centre de réintégration d'Inukjuak et Centre de crise de Puvirnituq).

Prévention du suicide

- Suivi des activités de formation en prévention et postvention dans les villages;
- Appui aux formateurs *ASIST* et accréditation de formateurs en processus de formation;
- Évaluation des actions de formation réalisées à ce jour;
- Préparation d'une troisième vague de formateurs *ASIST* en prévention du suicide au service des communautés;
- Amélioration des protocoles destinés aux intervenants de la première ligne suite à un acte suicidaire;
- Amélioration des services en prévention du suicide : introduction et planification de la formation White Stone développée spécifiquement pour les jeunes autochtones et adaptée au milieu inuit;
- Amélioration des services en situation de crise lorsqu'un suicide survient : formation UPS-Justice (formation des intervenants et partenaires pour mieux les outiller à la réponse d'urgence).

Santé et bien-être des hommes

- Analyse des services à mettre en place en lien avec le plan d'action gouvernemental touchant la santé et le bien-être des hommes.

Dossiers violence familiale et agressions sexuelles

L'ensemble des travaux effectués dans le cadre des dossiers de violence familiale et d'agressions sexuelles ont comme toile de fond l'établissement de partenariats porteurs entre les différents acteurs régionaux, ce qui suppose la définition de stratégies et d'actions concertées et complémentaires. Ces dossiers sont en lien avec plusieurs priorités identifiées par la population lors des assemblées générales annuelles de la RRSSSN :

- *services à la jeunesse en difficulté;*
- *violence et agressions sexuelles à l'égard des femmes et des enfants;*
- *négligence à l'égard des clientèles vulnérables.*

Faits saillants

- ***Suivi du Symposium sur les agressions sexuelles (tenu en mars 2008)***

  - Synthèse des recommandations du symposium et distribution des résultats aux partenaires;
  - Formation d'un comité interne à la RRSSSN sur la violence familiale et les agressions sexuelles afin de favoriser la coordination et la concertation des actions entreprises par la RRSSSN concernant ces deux dossiers;
  - Étude des recommandations du symposium et révision des activités réalisées ou en cours afin de planifier la stratégie future d'intervention.

- ***Centres désignés pour personnes victimes d'agressions sexuelles***

  - Participation au colloque sur les centres désignés;
  - Définition du processus d'implantation de centres désignés au Nunavik.

- ***Maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence***

  - Poursuite des travaux et des négociations dans le but d'assurer l'ouverture de la maison d'hébergement Ajapirvik à Inukjuak pour l'automne 2009;
  - Poursuite des pourparlers afin de maintenir la maison d'hébergement Tunngavik de Kuujjuaraapik ouverte;
  - Démarches entreprises afin que deux maisons soient installées, une près de la maison d'hébergement Initsiaq de Salluit et une autre près de Tungasuvvik de Kuujjuaq ; ces maisons sont nécessaires pour loger des professionnelles qui seront engagées dans le but de développer des services pour les victimes de violence et leur entourage;
  - Organisation d'une formation pour la coordonnatrice de la maison d'hébergement Initsiaq de Salluit : d'une durée de huit jours, cette formation s'est déroulée au Native Women's Shelter of Montreal [Refuge pour femmes autochtones à Montréal] en novembre 2008 et avait comme objectif d'améliorer les compétences dans les domaines de l'administration, de la gestion du personnel, de l'intervention et du développement de projets et d'activités pour les victimes de violence;
  - Organisation d'activités de réseautage pour les maisons d'hébergement du Nunavik : en outre, les maisons font désormais partie du réseau des maisons d'hébergement des communautés autochtones de Femmes Autochtones du Québec ; des représentantes de la maison d'hébergement Initsiaq de Salluit, de Tungasuvvik de Kuujjuaq et de la future maison Ajapirvik d'Inukjuak ont participé à une rencontre de ce réseau en février 2009, à Montréal, et ont également participé à la formation Ishketeu qui vise l'amélioration des pratiques d'intervention et des services offerts par les maisons d'hébergement afin qu'ils correspondent davantage aux besoins et aux réalités des victimes de violence.

Perspectives 2009-2010

- Poursuite des discussions avec les partenaires des organisations régionales sur les dossiers de violence familiale et d'agressions sexuelles : en outre, en septembre 2009, se tiendra une rencontre régionale au cours de laquelle les priorités d'action seront identifiées et des groupes de travail seront formés; ces groupes, composés de partenaires régionaux, auront comme mandat de réaliser des projets visant à contrer la violence et les agressions sexuelles dans les communautés.

- Identification du Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (Kuujjuaq) et du Centre de santé Inuulitsivik (Puvirnituq) comme centres désignés pour victimes d'agressions sexuelles : les équipes médico-sociales de chaque centre désigné seront responsables des interventions médicales et psychosociales auprès des victimes (accueil, examens, traitement, suivi médical, suivi psychosocial); ces équipes seront composées de professionnels qui recevront une formation spécifiquement conçue pour ce genre d'intervention; pour chaque centre désigné, un comité intersectoriel composé de représentants des partenaires assurera la coordination des interventions; un modèle d'organisation de services pour les victimes d'agressions sexuelles sera adapté à la réalité de chaque centre désigné en collaboration avec ce comité.

- Organisation d'activités d'information et de sensibilisation à la non-violence afin de mieux préparer la population à l'arrivée de la nouvelle maison d'hébergement pour victimes de violence à Inukjuak.

- Organisation de rencontres et de formations pour le personnel des maisons d'hébergement afin d'améliorer les services pour les victimes de violence et de favoriser le réseautage pour partager les problèmes vécus et les solutions adoptées.

- Poursuite des démarches dans le but de construire les maisons permettant de loger les professionnelles qui seront chargées de développer les services pour les maisons d'hébergement Initsiaq de Salluit et Tungasuvvik de Kuujjuaq.

Personnes en perte d'autonomie

La plupart des activités en lien avec les soins à domicile, les soins en milieu communautaire et la réadaptation physique étaient centrées sur la création de liens et sur l'amélioration de la collaboration entre les partenaires locaux, régionaux et provinciaux. Les résultats étaient, entre autres, des actions mieux concertées et des services améliorés pour les personnes en perte d'autonomie.

Soins à domicile et en milieu communautaire

Lors de l'assemblée générale annuelle de la RRSSSN en 2008, des membres de la communauté ont identifié comme priorités les actions contre la violence. Donc, cette année la majorité des activités en lien avec les soins à domicile et les soins en milieu communautaire avaient comme objectif l'amélioration des services destinés aux aînés et autres personnes en perte d'autonomie, car ces individus sont plus vulnérables que la population générale.

Une ébauche d'un plan de six ans pour le développement de ressources résidentielles a été présentée aux partenaires régionaux et provinciaux dans le but de poursuivre les collaborations et d'améliorer les logements, le soutien et la qualité de vie des aînés du Nunavik.

- D'abord, une proposition a été acheminée au Gouvernement du Québec pour la rénovation d'un immeuble résidentiel social à Kangiqsualujjuaq (maison M-17) en logement social adapté aux aînés et à la clientèle ayant une déficience physique.

Un réseau régional composé de trois foyers d'accueil a été mis sur pied.

- Le besoin d'un tel réseau a été exprimé par le conseil d'administration du foyer Sailivik lors d'une rencontre à Puvirnituq en juin 2008.
- Les coordonnateurs des trois foyers d'accueil ont tenu leur première rencontre à Kuujjuaq en novembre 2008 et ont profité de cette occasion pour partager leurs outils et pratiques.
- L'étape suivante était une collaboration sur une proposition de projet : partager les meilleures pratiques de gestion dans le réseau de foyers d'accueil au Nunavik.

La collaboration avec les partenaires régionaux et provinciaux a été initiée afin d'assurer une action concertée face aux mauvais traitements envers les aînés.

- Les partenaires régionaux sont les Centres de santé, le Comité des aînés du Nunavik, l'Association des femmes du Nunavik, l'Administration régionale Kativik, la Société Makivik et l'Office municipal de l'habitation Kativik.
- Les partenaires provinciaux sont le Secrétariat aux aînés, le Secrétariat aux affaires autochtones et les différents organismes provinciaux mandatés pour améliorer la situation des aînés au Québec.
- Les partenaires ont contribué à des projets qui offriront de l'information claire aux aînés concernant leurs droits ainsi que les services disponibles (répertoire régional des aînés, campagne régionale sur les ondes de radio et par affiches afin de sensibiliser la population aux mauvais traitements envers les aînés).

Dans le but d'améliorer les services de soins à domicile pour les aînés et autres personnes en perte d'autonomie, une formation en premiers soins et en RCR a été offerte aux travailleurs en soins à domicile (auxiliaires familiaux, etc.) et aux membres intéressés de la communauté. Les cours ont été offerts à Tasiujaq, Quaqtaq, Kangiqsujuaq, Akulivik, Umiujaq et Kuujjuaraapik en

avril et mai 2008. Sur les 57 personnes qui ont participé, 39 ont réussi les deux formations (premiers soins et RCR) et 18 ont reçu un certificat attestant à la formation en RCR.

Réadaptation – déficience physique

Une autre priorité identifiée l'an dernier est l'amélioration de l'offre de services aux personnes vivant avec une déficience physique. Une attention particulière est mise sur les enfants et jeunes avec des besoins particuliers.

Le comité interne de réadaptation de la RRSSSN a travaillé sur plusieurs projets :

- entente de services pour la livraison de services de réadaptation spécialisés;
- projet pour une nouvelle évaluation des besoins de personnes avec une déficience physique.

L'équipe de réadaptation du Nunavik a visité les centres de réadaptation Constance Lethbridge et MacKay à Montréal en février 2009 dans le but d'établir des liens et d'améliorer la collaboration :

- des consultations cliniques mensuelles seront tenues par vidéoconférence;
- des voies de communication efficaces ont permis aux équipes du Nord et du Sud d'assurer que les clients du Nunavik ont accès aux services disponibles au Sud;
- des services de suivi pour les clients retournant du Sud seront mieux coordonnés grâce à la collaboration de tous les intervenants.

Perspectives pour 2009-2010

Au courant de l'année à venir, les collaborations se poursuivront relativement aux nouveaux projets et aux projets déjà en cours concernant les personnes en perte d'autonomie :

- consolidation et expansion du réseau de foyers d'accueils au Nunavik (ouverture d'une nouvelle ressource suite à la conversion du bâtiment M-17 à Kangiqsualujjuaq);
- élaboration d'un projet pour une ressource de soins de longue durée sur chaque côte;
- collaboration avec les partenaires régionaux et provinciaux sur la sensibilisation aux mauvais traitements envers les aînés et participation à un plan d'action provincial contre ces mauvais traitements.



Célébration de la journée internationale des aînés à Kangiqsualujjuaq

Organismes communautaires et développement des ressources

Les dossiers des organismes communautaires et du développement des ressources concernent le suivi régulier des activités de financement et de monitorage des organismes financés en vertu du Programme de subventions des organismes communautaires (PSOC). De plus, l'agente voit au développement des grands dossiers de formation des ressources au niveau régional et appuie les agentes de formation des deux centres de santé dans leurs actions respectives.

Faits saillants

Organismes communautaires

En tout, neuf organismes communautaires ont reçu un financement de la RRSSSN en 2008-2009.

Tableau : Financement du programme de subventions aux organismes communautaires

Secteur	Communauté	Organisme	Contributions
	Inukjuak	Association des femmes inuites Saturviit	50,000 $
Condition des femmes			
Violence et agressions	Kuujjuaq	Refuge pour femmes Tungasuvvik	690,492 $
	Salluit	Refuge pour femmes Initsiaq	532,092 $
	Kuujjuaraapik	Refuge pour femmes Tunngavik	150,000 $
	Inukjuak	Refuge pour femmes Ajapirvik [1]	50,000 $
Toxicomanie	Kuujjuaq	Centre de traitement pour adultes Isuarsivik	600,000 $
Personnes âgées	Kuujjuaq	Foyer de soins infirmiers Tusajiaapik	215,000 $
	Puvirnituq	Foyer de soins infirmiers Sailivik	88,933 $
	Inukjuak	Foyer de soins infirmiers [1]	50,000 $
Santé mentale	Kuujjuaq	Résidence communautaire Ungava	200,000 $
	Puvirnituq	Résidence communautaire Uvattinut [1]	100,000 $
		Total	**2,726,518 $**

[1] Budget de démarrage

En plus des activités liées au financement des organismes communautaires, les actions de développement suivantes ont été menées en collaboration avec les agents responsables des programmes-services :

- *Programme de services reliés à la violence familiale et aux agressions sexuelles* (en lien avec les priorités identifiées à l'AGA de la RRSSSN) :
    - travaux en collaboration avec deux organismes pour la construction de deux maisons unifamiliales afin de loger une professionnelle qui offrira des services pour les victimes de violence dans les maisons d'hébergement de Kuujjuaq et de Salluit;
    - travaux pour la construction et l'ouverture d'une quatrième maison d'hébergement pour victimes de violence à Inukjuak.

- *Programme de services en santé mentale* :
    - travaux pour la construction et l'ouverture du centre d'hébergement communautaire Uvattinut à Puvirnituq.

- *Développement dans la gestion du dossier des organismes communautaires* :
    - travaux d'amélioration du processus de suivi financier et des procédures pour le PSOC;

- début des travaux portant sur le cadre de référence pour les organismes communautaires.

Développement des ressources

- *Programme de formation technique en santé et services sociaux* :
  - rencontres avec la Commission scolaire Kativik (CSK), l'Administration régionale Kativik (ARK) et les centres de santé Tulattavik et Inuulitsivik pour discuter de la possibilité d'offrir un programme de formation de niveau collégial au Nunavik, axé sur le transfert des connaissances et adapté au Nunavik;
  - amorce des discussions portant sur les partenariats éventuels.

- *Formation des agents de liaison communautaires :*
  - définition de la fonction des agents communautaires de liaison;
  - définition du profil de formation des agents;
  - présentation du projet de formation à la Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits (Santé Canada) dans le but d'assurer le financement du programme.

- *Développement des programmes de formation au niveau régional :*
  - discussion avec les deux agents de formation des deux centres de santé.

Perspectives pour 2009-2010

Organismes communautaires

- Création d'une table régionale des organismes communautaires;
- Préparation du cadre de référence des organismes communautaires, présentation aux partenaires et signature du protocole;
- Suivi des activités de financement et monitorage des organismes;
- Appui à la mise en place de nouveaux organismes communautaires.

Développement des ressources

- *Programme de formation technique en santé et services sociaux* : Réalisation des ententes de partenariats, identification des besoins, définition du programme, discussions avec des partenaires de formation;
- *Formation des agents communautaires de liaison* : Définition du programme, planification des activités de formation et début de la formation;

- *Développement des programmes de formation au niveau régional :* Établissement d'un protocole d'entente avec les deux centres de santé (création d'une table régionale de formation).

Affaires médicales, projet clinique et santé physique

Affaires médicales

Les affaires médicales regroupent les activités de la formation médicale décentralisée ainsi que celles pour recruter et maintenir les médecins dans la région du Nunavik.

Faits saillants

- Recrutement de trois nouveaux médecins sur la côte d'Hudson, à temps plein et à temps partiel;
- Des stagiaires furent présents pour l'équivalent de 36 semaines de stages d'été;
- Des résidents, externes et résidents en spécialité furent présents pour un nombre de 20 mois de stages;
- Présence de médecins du Nunavik pour aider à recruter de nouveaux médecins lors d'activités dans les universités et lors des journées carrières organisées dans les régions du Québec;
- Participation des chefs de médecine et des directeurs de services professionnels des deux centres de santé au comité régional des affaires médicales instauré depuis décembre 2008.

Perspective 2009-2010

- Consultation et élaboration d'un plan d'organisation des services médicaux avec l'aide d'un consultant externe;
- Participation à la réorganisation du site Internet de la régie régionale afin de le rendre plus convivial pour les étudiants en médecine;
- Poursuite des rencontres du comité régional sur les affaires médicales.

Projet clinique

La RRSSSN est à mettre en place une démarche de consultation qui permettra d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services de santé et des services sociaux. La population, les partenaires et les centres de santé seront invités à y participer activement.

Faits saillants

- Présenter, dans les centres de santé, les projets cliniques.

Perspectives 2009-2010

- Consultations des ressources médicales et professionnelles sur l'organisation des services médicaux, les services spécialisés, les services sociaux et les programmes-services;
- Consultations de la population sur l'organisation des services médicaux, les services spécialisés, les services sociaux et les programmes-services;
- Plans d'organisation de ces services acceptés par les conseils d'administration, les différents corps professionnels, les médecins et la population.

La santé physique

Le dossier de la santé physique s'adresse aux personnes aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et qui doivent recevoir des soins et des traitements, de même qu'aux personnes dont la maladie exige un suivi ou des soins continus.

Faits saillants

- Collaborer à l'organisation des services pharmaceutiques;
- Collaborer au comité de liaison pour améliorer les services de référence entre les centres de santé du Nord et du Sud;
- Élaborer une politique régionale pour améliorer la gestion des services de santé non assurés aux bénéficiaires de la *CBJNQ;*
- Collaborer aux travaux pour la relocalisation du MNQ;
- Collaborer aux discussions cliniques pour les choix des équipements médicaux souhaités;
- Collaborer aux démarches pour l'informatisation des systèmes de santé du réseau.

Perspectives 2009-2010

- Collaborer à la révision des ententes globales pour les services spécialisés et surspécialisés provenant du RUIS McGill;
- Collaborer à la révision des mécanismes et des processus de liaison entre le Nunavik et la région de Montréal.

Dépendances

Le dossier des dépendances implique essentiellement la mise en place de services pour la clientèle jeunesse qui présente une problématique de consommation de drogues ou d'alcool.

Faits saillants

- Budget mis à la disposition des centres de santé et des DPJ afin de référer les jeunes pour des traitements à l'extérieur du territoire;
- Traduction de l'outil de dépistage « DEP-Ado » et formation de tous les intervenants sociaux et scolaires à son utilisation afin de repérer les jeunes à risque de développer des problèmes de consommation;
- Représentation auprès du MSSS afin que les formations soient adaptées au contexte particulier du Nunavik;
- Création de deux postes d'intervenants pivots en dépendances rattachés à la direction régionale de réadaptation dont le mandat sera de former les intervenants à l'utilisation des outils de dépistage, d'effectuer les évaluations approfondies auprès des clientèles dépistées, de coordonner la mise en place de PSI et d'offrir du soutien clinique aux intervenants dans les communautés.

Perspectives futures

- Processus de mise en place d'un centre de traitement au sein du territoire du Nunavik pour desservir la clientèle jeunesse.

Réadaptation et protection de la jeunesse

Globalement, le dossier de la protection de la jeunesse et de la réadaptation réfère au processus de réorganisation en cours qui découle entre autre du rapport de la CDPDJ et des annonces effectuées lors du sommet socio-économique Katimajiit.

Faits saillants

- Fermeture de Salluit en septembre, transfert des jeunes à Batshaw;
- Réflexion relative à la prestation de services et aux changements nécessaires;
- Implication de M. André Lebon dans le mandat de réorganisation;
- Embauche d'un directeur régional de réadaptation intérimaire;
- Rédaction du rapport « 18 mois plus tard » en réponse à la CDPDJ;
- Négociation avec Batshaw pour prolonger le séjour des jeunes dans leur ressource;
- Planification de la réouverture de Sapummivik pour les garçons seulement;
- Planification de l'offre de services pour les filles à travers la mise en place de deux nouvelles ressources de foyer de groupe;
- Planification de l'offre de services pour la clientèle âgée de 6 à 12 ans.

Perspectives d'avenir

- Réouverture de Sapummivik et retour des garçons prévu pour avril;
- Mise en place de nouvelles ressources pour les filles et les clients âgés de 6 à 12 ans;
- Rénovation du foyer de groupe de Kuujjuaq prévue pour l'été 2009;
- Création d'un campus visant l'intégration des services complémentaires.

Volet psychosocial des mesures d'urgences

Tel que le ministère l'indique, tous les centres de santé doivent se doter d'une équipe d'intervenants formés pour intervenir dans le cadre d'un sinistre ou de la pandémie.

Faits saillants

- Formation pour formateurs (quatre) donnée en juin 2008;
- Formation pour le personnel d'encadrement donnée en février 2009.

Perspectives d'avenir

- Mise à jour du volet psychosocial dans le plan régional du Nunavik contre une pandémie;
- Formation pour les intervenants psychosociaux prévue en avril et mai pour Puvirnituq et en septembre et octobre pour Kuujjuaq.

Propositions pour l'amélioration des conditions de travail pour les employés de la catégorie IV

Dans le but d'assurer une prestation de soins et de services à la population en conformité avec les orientations et priorités ministérielles et afin d'éviter les ruptures de services découlant des problématiques de ressources humaines, le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé à la régie Régionale que des propositions lui soient adressées dans le but d'améliorer l'offre de travail dans les établissements et les professions en déficit de ressources humaines.

Après avoir tenu plusieurs séances de consultation avec les responsables des services financiers et des ressources humaines ainsi qu'avec les représentants des organisations syndicales des deux côtes, leur collaboration efficace a permis d'établir un consensus autour de huit propositions qui résument les principales difficultés rencontrées dans l'ensemble de la région du Nunavik en ce qui concerne le recrutement et la rétention du personnel.

Le dossier devait par la suite être remis au Comité paritaire chargé d'étudier les propositions et émettre ses recommandations quant à la suite à donner à nos propositions.

Santé Publique

Mot du Directeur



L'année 2008-2009 aura été marquée par une recrudescence des ITSS, notamment des infections gonococciques. Malgré la multiplication des efforts pour contrôler la transmission de ces infections, nous avons assisté à la multiplication des communautés touchées.

Également, nous avons intensifié nos efforts du côté nutritionnel afin d'améliorer la disponibilité d'aliments sains au niveau régional. Entre autres choses, nous avons lancé l'initiative de limiter l'accessibilité aux gras *trans* dans les magasins. Cependant, il apparaît clairement que l'intervention nutritionnelle devra faire l'objet d'une approche globale concertée.

Serge Dery

Ressources humaines

Il a malheureusement été impossible de combler tous les postes octroyés à la Direction de santé publique durant l'année 2008-2009. Les postes suivants n'avaient toujours pas de titulaire à la fin de l'année : agent de promotion de la santé et infirmière régionale en santé au travail. De plus, en cours d'année, deux autres positions nous ont été octroyées : le poste de coordonnateur du projet Écoles en santé (vers la fin de l'année) et le poste d'agent en santé environnementale.

Sauf pour le dernier poste mentionné précédemment, les trois autres devraient être comblés dès le début de l'année 2009-2010. En ce qui concerne le poste d'agent de santé environnementale, une difficulté particulière se pose : ce poste, qui est financé par l'Agence canadienne de santé publique, fait l'objet d'un litige entre les deux paliers de gouvernement (provincial et fédéral), litige qui persiste depuis plusieurs mois et qui ne semble pas vouloir se régler. Il faudra trouver une solution alternative pour résoudre le problème, car ce poste correspond à une priorité régionale.

Protection de la santé publique

Ce volet a fait l'objet de plusieurs interventions.

Maladies infectieuses

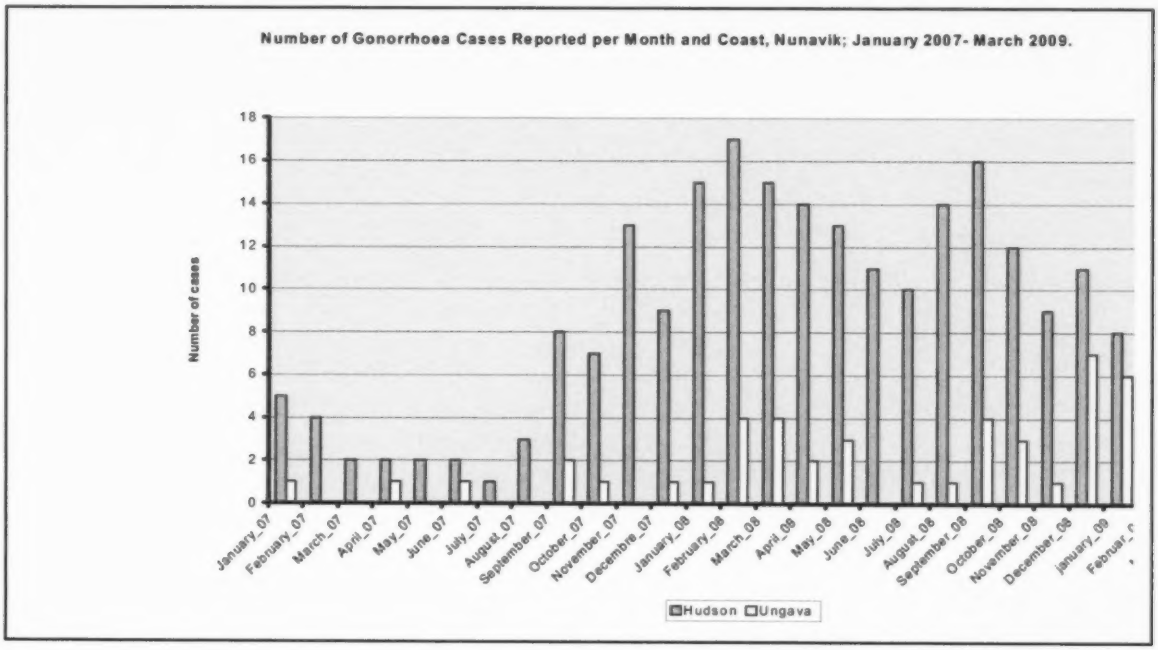
Maladies à déclaration obligatoire (MADO) non-ITSS

Pour la dernière année complète (2008), la DSP a reçu et traité la déclaration de 49 épisodes de MADO autres que ITSS (par comparaison, 14 épisodes avaient été déclarés l'année précédente). Alors que 12 cas de tuberculose active ont été déclarés durant toute l'année 2007, l'année 2008 a vu la progression de cette maladie, avec 21 cas déclarés. Le travail de formation et de soutien du personnel impliqué auprès des quelques communautés touchées s'est poursuivi.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Durant la période de douze mois allant du 1er avril 2008 au 31 mars 2009, le nombre de cas déclarés de gonorrhée a continué à augmenter, passant de 104 cas en 2007-2008 à 180 cas en 2008-2009. Bien que la majorité des cas proviennent toujours de la Côte de l'Hudson, nous avons vu au cours de la dernière année une augmentation du nombre de cas déclarés sur la Côte de l'Ungava (voir graphique).

Nombre de cas de gonorrhée déclarés par mois et par côte, Nunavik, janvier 2007 à mars 2009



Devant ces données, une offre fut faite par la Direction de santé publique au Centre de santé Inuulitsivik en février 2008 (et répétée deux autres fois par la suite) à l'effet de financer une ressource infirmière qui serait affectée au dossier ITSS à temps complet. Ses tâches incluraient le dépistage des ITSS, le counselling, la réalisation d'activités communautaires pour mieux comprendre la problématique et support aux autres communautés de l'Hudson. Malheureusement, le poste n'a jamais été comblé.

Régionalement, le nombre d'infections génitales à *chlamydia* demeure stable. Cependant, tout comme pour la gonorrhée, la région présente des taux d'incidence qui sont nettement au-dessus de ceux du Québec. Il est à noter que pour chacun des cas de gonorrhée, une enquête épidémiologique complète a été réalisée, avec traitement du cas-index et prophylaxie des contacts. Ceci entraîne une charge de travail considérable pour le personnel des CLSC et l'infirmière régionale en ITSS.

Finalement, les données du programme québécois de surveillance de l'infection au VIH indiquent qu'entre janvier 2002 et juillet 2008 (une période de sept ans), sept cas de séropositivité au HIV ont été déclarés pour des Inuit vivant au Québec. Au cours des cinq dernières années, trois nouveaux cas d'hépatite B (porteurs chroniques) et trois nouveaux cas d'hépatite C ont été déclarés à la Direction de santé publique.

Santé au travail

Retrait préventif de la travailleuse enceinte

L'année 2008 a vu 129 demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite être traitées par nos médecins-conseil. Ces demandes proviennent principalement des éducatrices en garderie, des enseignantes et des infirmières. La procédure de traduction en anglais par la Direction de santé publique des recommandations du PMSD pour les médecins traitants qui en font la demande est utilisée occasionnellement.

Programme de santé spécifique pour la mine Raglan

La réalisation des programmes de santé spécifiques dans deux entreprises minières s'est poursuivie en 2008. Parmi les activités réalisées en cours d'année, notons :

- l'information des travailleurs miniers et des employeurs concernant les effets sur la santé de différents types d'agresseurs comme le plomb, la silice, le bruit, les fumées de soudage, les risques psycho-sociaux, etc. ainsi que sur les moyens préventifs requis pour protéger leur santé;
- la surveillance médicale des travailleurs exposés au plomb, aux poussières de silice et de nickel ainsi qu'aux risques biologiques ;

- les mesures visant à s'assurer de la présence de services adéquats de premiers soins dans les établissements miniers.

Programme régional en santé au travail

Le secteur de l'administration municipale continue d'être le secteur prioritaire pour le programme régional en santé au travail. Ainsi, en 2008, les établissements localisés dans sept municipalités ont été visités par les intervenants de santé au travail. Les gérants municipaux ont été informés des risques présents au travail et des moyens préventifs requis pour les prévenir.

L'équipe régionale a également répondu à une dizaine de demandes du milieu au cours de l'année. Ces demandes concernent en particulier la qualité de l'air intérieur dans les établissements du Nunavik.

Infections nosocomiales

Des activités de formation à l'intention des trois infirmières en prévention et contrôle des infections nosocomiales ont eu lieu. L'infirmière régionale a rencontré les deux infirmières des établissements en février 2009 en vue de préparer la première réunion de la Table régionale en prévention des infections nosocomiales (TRPIN).

Prévention

Immunisations

Vaccination contre le VPH

L'année 2008 a été marquée par l'introduction d'un nouveau vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). C'est la première fois qu'un vaccin est rendu disponible pour protéger les femmes contre un cancer, soit le cancer du col utérin. En effet le cancer du col utérin survient le plus souvent suite à une infection avec le VPH, dont il existe une centaine de types

Au Nunavik, étant donné la plus grande prévalence du cancer du col utérin et de lésions de grade élevé (cas plus sévère), le vaccin a été offert à toutes les jeunes filles de 9 à 17 ans. En cette année d'introduction, cela représentait un nombre d'environ 1500 jeunes filles à rejoindre et à vacciner.

Pour mettre en place cette nouvelle campagne de vaccination il a tout d'abord fallu produire la documentation adaptée à la population du Nunavik. La DSP a produit et édité 3 dépliants :

- un dépliant s'adressant aux parents des élèves de 4ème année, garçons et filles, qui donne les principales informations sur les vaccins contre les hépatites et contre le VPH;

- un dépliant s'adressant aux parents des filles de 13 ans et moins qui doivent donner leur accord pour la vaccination de leur fille contre le VPH;

- un dépliant à l'intention des filles de 14 ans et plus, qui peuvent consentir elles-mêmes à leur vaccination contre le VPH.

Ces dépliants colorés, illustrés de photos, ont été spécialement conçus pour les Nunavimmiut et sont disponibles dans les trois langues.

Des documents plus élaborés, conçus pour répondre aux besoins des personnes qui veulent en apprendre un peu plus sur les différents vaccins offerts et les maladies qu'ils préviennent ont également été élaborés, traduits dans les trois langues et sont disponibles dans les différents CLSC.

Mentionnons qu'il y a eu aussi 3 affiches annonçant la campagne VPH qui furent produites, expédiées et affichées dans chacun des villages. Une campagne de promotion a aussi été entreprise à la radio FM, présentée par Elena Labranche à quelques reprises. Des lettres ont été envoyées aux directeurs d'école leur demandant leur collaboration.

Les taux de couverture vaccinale pour la région du Nunavik, pour cette première dose, ont été excellents, soit 93% en 4ème année primaire (84% dans l'ensemble du Québec.) et 81.3% en secondaire III (87% dans l'ensemble du Québec). Pour l'ensemble des filles âgées de 9 à 17 ans, autant en milieu scolaire que hors scolaire, la couverture vaccinale pour la première dose a été de 78.3%. Notre objectif étant de vacciner 100% des filles de ce groupe d'âge, des efforts seront entrepris pour augmenter le taux d'acceptation du vaccin.

Pour les années subséquentes, la vaccination contre le VPH sera offerte sur une base annuelle, en milieu scolaire. Au Nunavik, la troisième dose (rappel) est offerte en septième année du primaire ou première année du secondaire, soit 3 ans après la première dose (plutôt que 5 ans comme dans les autres régions du Québec). Cette décision a été prise par le Comité d'immunisation du Québec, en raison de la situation particulière au Nunavik : haut taux de décrochage scolaire en secondaire III et précocité des premières relations sexuelles.

Formation

Une formation a été offerte aux infirmières de la région afin qu'elles soient en mesure de bien expliquer et appliquer ce nouveau programme. Cette formation pour la vaccination scolaire et

pour la vaccination contre le VPH a été offerte par conférence téléphonique. Il y a eu en tout 9 conférences téléphoniques, afin de rejoindre le plus d'intervenants possible.

Campagne influenza

Un peu plus tard à l'automne une formation concernant la campagne de vaccination contre l'influenza a également été offerte via conférence téléphonique. Pour la campagne influenza, il y a également eu promotion via la distribution d'affiches et via des annonces et des rappels à la radio. A Kuujjuaq, la vaccination influenza a été offerte en CLSC, dans les Centres de petite enfance ainsi que dans les milieux de travail, chez les principaux employeurs.

Quoique depuis 2 ans la vaccination contre l'influenza soit offerte à toute la population gratuitement, considérant qu'au Nunavik tout le monde est à risque de contracter ou de transmettre l'influenza, les couvertures vaccinales diminuent d'année en année. Il faudra apporter une attention particulière à ce phénomène. La population du Nunavik est vulnérable aux infections respiratoires en raison, entre autres, de la surpopulation dans les habitations et d'un taux élevé de tabagisme.

Nouveau calendrier vaccinal

Un nouveau calendrier vaccinal a été introduit au Nunavik, suite à l'arrivée de nouveaux vaccins en milieu scolaire. De plus en plus le calendrier du Nunavik se rapproche de celui de l'ensemble du Québec. Il ne reste que deux différences :, l'administration d'une quatrième dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque et l'administration de la troisième dose de vaccin contre le VPH plus précocement.

Gestion des produits immunisants

La région du Nunavik était, jusqu'à l'automne 2008, affectée par un nombre important de bris de chaîne de froid. Les produits immunisants doivent être conservés en tout temps (que ce soit durant le transport ou durant l'entreposage) selon des normes très strictes, à des températures entre 2 et 8 degrés, afin d'assurer leur stabilité et leur efficacité. Toute variation en haut de 8 ou en bas de 2, constitue ce qu'on appelle un bris de chaîne de froid.

Suite à un bris de chaîne de froid, chaque produit doit être évalué afin de déterminer s'il peut malgré tout être utilisé. Il arrive que des bris rendent un produit inutilisable, ce qui entraîne des pertes. Comparativement à d'autres régions, le Nunavik, subissait jusqu'à tout dernièrement un très grand nombre de bris, autant durant le transport que durant l'entreposage. Il est vrai que notre région est éloignée et isolée et il a donc fallu prendre les mesures qui s'imposent.

L'automne 2008 aura été marqué par un tournant majeur alors que les 2 établissements (le C.S. Tulattavik de l'Ungava et le C.S. Inuulitsivik), ont doté chacun de leurs points de services de nouveaux frigos, capable de maintenir des températures très stables et destinés à conserver des

produits biologiques ou sanguins. Ce changement a permis de diminuer de façon dramatique le nombre de bris de chaîne de froid.

La DSP a également organisé une formation pour les techniciennes en pharmacie (une par établissement) sur la préparation et l'emballage des vaccins pour expédition par avion. Cette formation s'est déroulée à notre dépôt régional, situé à Québec à l'hôpital Saint-François d'Assise. Les techniciennes ont assisté à la préparation d'envois pour le Grand Nord, elles ont eu l'occasion d'observer les façons de faire, le matériel utilisé et de poser des questions. Elles se sont dites très satisfaites de cette formation.

Depuis ces changements majeurs, les bris sont presque uniquement survenus durant le transport, en saison hivernale, lorsque les conditions météo sont venues perturber l'horaire habituel des vols. Les prochaines améliorations à apporter devront toucher ce maillon de la chaîne, le plus faible, pour notre région.

On peut dire que notre situation s'est grandement améliorée : 6 bris en 6 mois depuis la mise en place des mesures correctrices, comparativement à 50 pendant les 6 mois précédents. La population dispose maintenant de produits efficaces, sécuritaires et disponibles en temps opportun.

Une rencontre a été tenue par visioconférence, en octobre 2008, avec des représentants des 2 établissements (direction des soins infirmiers, santé communautaire, pharmacie et santé publique) afin de discuter de différents aspects concernant l'immunisation et la gestion des produits immunisants. La DSP prévoit rencontrer chaque établissement séparément afin de discuter de leur plan de travail dans ce domaine.

Lutte antitabagique

Le *Défi J'arrête, j'y gagne* a été rétabli dans la région, mais avec quelques modifications. Il a été décidé que le concours s'adresserait dorénavant seulement aux fumeurs, tant chez les jeunes que chez les adultes. Et on doit dire que ce fut un succès de participation. Un nombre total de 273 participants (197 jeunes et 76 adultes) ont tenté de mettre un terme à leur habitude de fumer. Plusieurs objets promotionnels ont été remis aux participants.

La DSP continue d'offrir aux communautés qui désirent s'en prévaloir des subventions pour implanter un ou des projets communautaires visant à réduire l'usage du tabac dans les communautés. Tout projet visant à prévenir l'usage du tabac et l'exposition à la fumée secondaire, à promouvoir des environnements sans fumée ou à éduquer les membres de la communauté sur les dangers du tabac est susceptible d'être financé. Cette année, seulement deux projets ont été présentés (par la communauté de Kuujjuaq). Un des projets a été réalisé à l'école et l'autre dans un magasin.

Plusieurs communications ont eu lieu, tant à l'intérieur du Nunavik (infirmières, docteurs, enseignants, maisons de jeunes, travailleurs de santé communautaire, conseillers anti-tabagiques) qu'à l'extérieur auprès de certains partenaires (Université McGill, Module du Nord).

Dépistage du cancer du sein

Les cliniques de dépistage du cancer du sein par mammographie portative du PQDCS ont eu lieu au sein des communautés des deux côtes. Dans l'Hudson, la première clinique a été offerte du 25 février au 7 mars 2008 dans 4 communautés (Salluit, Ivujivik, Puvirnituq et Akulivik). Cent cinquante trois femmes ont été invitées à passer l'examen de dépistage. Initialement planifiée pour décembre 2008, la clinique de l'Ungava a été reportée à janvier 2009. Cent quatre-vingt-trois femmes provenant des sept communautés de cette côte (Aupaluk, Kuujjuaq, Kangiqsualujjuaq, Kangiqsujuaq, Kangirsuk, Quaqtaq et Tasiujaq) ont été conviées par lettre à participer au dépistage du cancer du sein, du 18 au 27 janvier 2009. Au total, 336 femmes du Nunavik, admissibles aux cliniques du PQDCS, ont été conviées à passer la mammographie pour la campagne 2008. Il est à noter que pour la campagne 2009, l'activité de dépistage a eu lieu entre le 8 et le 15 mars 2009 dans les 3 autres communautés de l'Hudson (Inukjuak, Umiujaq et Kuujjuaraapik).

Les femmes ayant présenté des résultats normaux ont également été avisées par lettre. Celles dont les résultats étaient anormaux ont été contactées par leur médecin pour la prise en charge et les examens complémentaires.

Cette année, un « guide des tâches » a été rédigé pour préciser les responsabilités de la DSP, de l'INSPQ et des CLSC dans l'organisation pratique de chaque clinique. Cela a pleinement favorisé une bonne circulation de l'information entre les différents partenaires.

Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)

Le programme sur le syndrome de l'alcoolisation fœtale (SAF) est un programme continu visant à éduquer et à former les professeurs, les sages-femmes, les travailleurs de première ligne, les éducatrices en Centres de la petite enfance et les individus qui le désirent et qui ont besoin de support pour parvenir à prévenir le SAF et procurer de l'aide aux enfants et aux familles affectées.

En décembre 2008, en partenariat avec Pauktuutit, nous avons organisé des ateliers à Inukjuak et Salluit. Ces ateliers ont été réalisés entièrement en inuktitut. De l'avis même des participants, cette formule favorise grandement leur interaction au cours des ateliers.

Nous avons financé le voyage de quelques Nunavimmiut qui se sont rendus à Seattle, pour comprendre le fonctionnement du programme de mentorat avec l'idée de débuter un tel programme au Nunavik. Ce projet serait un complément au volet support aux familles vivant avec des enfants atteints du SAF.

Nous encourageons les communautés qui le désirent à demander que des ateliers soient organisés dans leurs communautés respectives. Une inuk du Nunavik fort qualifiée est disponible pour faciliter de tels ateliers en inuktitut. Ces ateliers aident les gens à mieux comprendre la dynamique et les comportements des enfants atteints du SAF. Ils peuvent ainsi mieux aider et implanter un système de support pour ces familles.

Promotion de la santé

Comme par les années précédentes, la DRSP a réalisé plusieurs activités de promotion de la santé.

Maladies infectieuses

Les activités régulières de promotion de la santé en lien avec certaines maladies infectieuses (trichinellose, botulisme, rage) ont été réalisées à travers différents médias.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

De nombreuses activités de promotion de la santé sexuelle ont été organisées :

Programme de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador sir le VIH/sida : Formation des formateurs

Sept jeunes provenant de cinq communautés différentes (Kuujjuaq, Salluit, Puvirnituq, Inukjuak et Aupaluk) ont participé à une formation d'une durée de trois jours à Québec.

Conférence sur la santé sexuelle des jeunes

La Direction de santé publique, en collaboration avec Pauktuutit, a été l'hôte d'une conférence de trois jours, avec un total de 37 jeunes participants provenant de toutes les régions arctiques du Canada (dont 14 provenaient du Nunavik) et 13 adultes. Cette conférence a pu avoir lieu en grande partie grâce à la collaboration des ressources locales et régionales.



Programme d'éducation sexuelle en milieu scolaire

Sept écoles (Puvirnituq, Akulivik, Salluit, Kangirsuk, Quaqtaq, Kuujjuaq et Kangiqsualujjuaq) sont en voie d'implanter le programme qui en est à sa deuxième année d'existence. Le personnel scolaire bénéficie du support d'une infirmière, qui a offert de la formation dans les sept communautés. En collaboration avec la Commission scolaire Kativik, les décisions appropriées

seront prises durant la prochaine année sur le futur de ce programme et les rôles des différentes organisations.

Distribution de condoms

La Direction de santé publique a financé la distribution gratuite de condoms par l'entremise des CLSC. Une entente pour rendre les condoms accessibles gratuitement a été réalisée avec 10 magasins de la FCNQ et avec le Newviq'vi à Kuujjuaq. Nous tenterons d'obtenir une telle entente avec les quatre autres magasins Coop au cours de la prochaine année. L'Administration régionale Kativik a accepté une proposition similaire pour les aéroports de la région. Les distributeurs à condoms ont été commandés et seront livrés à chacun de ces sites.

Semaine des relations saines (du 8 au 14 février 2009)

Six communautés (Puvirnituq, Salluit, Quaqtaq, Kuujjuaq, Kangiqsualujjuaq et Inukjuak) ont reçu des fonds pour l'organisation et la tenue d'activités de prévention/éducation sur les ITSS. Les gagnants des premiers prix du concours de dessin sur le condom sont Brenda Watt (youth) et Olivia Ikey (adulte).

Activités communautaires

Un financement pour des activités de prévention des ITSS a été rendu disponible pour le Arpiq Jam, le Char Festival et le Snow fest. Les communautés sont encouragées à demander un support financier et en ressources humaines pour organiser des activités durant l'année entière (par exemple, durant les tournois de hockey).

Outils de prévention

Documentation : Des affiches ont été produites à partir du concours 2008 et distribuées dans les communautés. La révision des pamphlets d'information est en cours.

Ensemble promotionnel pour kiosque : Cinq communautés ont demandé l'ensemble de promotion. La rétroaction fut très positive, ce qui démontre que cet outil se veut excellent pour l'organisation d'activités de prévention.

Formation/conférences

Pour les professionnels de la Direction de santé publique : La planification de la réponse à l'éclosion régionale de gonorrhée a requis la consultation et le support constant d'un nombre d'experts en stratégies de contrôle des ITSS, tant au niveau du MSSS qu'au niveau de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Pour les infirmières : La formation sur les ITSS continue, en collaboration avec l'INSPQ. Également, la Direction de santé publique a financé la participation de cinq infirmières du Nunavik aux Journées annuelles de santé publique 2008.

Pour les jeunes : Une présentation sur les ITSS a été faite à l'assemblée générale annuelle 2008 de Saputtiit, à Chisasibi.

La réduction des taux d'incidence des ITSS au Nunavik, de leurs conséquences et les programmes de prévention et d'éducation dépendent de la collaboration des Centres de santé, des CLSC, des comités de bien-être, des organisations régionales et de la population en général. La prévention, c'est l'affaire de tous !

Programme régional sur le diabète

Programme de surveillance

Un étudiant a effectué le recensement de tous les cas diagnostiqués de diabète au Nunavik. Un total de 300 personnes diabétiques a été recensé, ce qui constitue une augmentation de 18 % par rapport à l'année précédente.

Publication d'affiches et messages radiophoniques

Cinq affiches invitant le public à vaincre le diabète de type 2 ont été produites et distribuées. En raison de l'absence d'un des deux coordonnateurs, la distribution de l'affiche dans les CLSC fut plus difficile.

Sept messages radiophoniques en lien avec les affiches ont été diffusés. Nous avons reçu plusieurs demandes de la part des CLSC concernant du matériel d'information.

Atelier de transfert de connaissances d'inuk à inuk

L'atelier a été réalisé à Tasiujaq, Kangiqsualujjuaq et Salluit à l'automne 2008. La participation du public à la radio et au festin communautaire fut excellente à Tasiujaq et Kangiqsualujjuaq mais mitigée à Salluit. Également, les étudiants de toutes les écoles ont participé activement, posant plusieurs excellentes questions sur le diabète, ses conséquences et sur l'anatomie humaine.

Rétinopathie diabétique

Cette année, nous n'avons pu continuer le travail débuté l'an dernier. L'optométriste étant enceinte, elle n'a pu participer aux visites et effectuer la prise de photos du fond de l'œil. Nous n'avons pu trouver de remplacement. Dorénavant, afin d'éviter que cette situation ne se reproduise, nous allons travailler avec une équipe.

Le centre de conditionnement physique de Kangiqsualujjuaq

L'équipement est arrivé dans la communauté. Puisque l'aréna ne sera pas rénové avant l'an prochain, nous avons trouvé un emplacement temporaire au centre communautaire. Quand les rénovations de l'aréna seront complétées, l'équipement y sera transféré de façon définitive.

Projet nutritionnel

Des activités concernant la nutrition ont été organisées dans cinq communautés (Kuujjuaq, Kangirsuk, Kangiqsualujjuaq, Umiujaq et Puvirnituq). L'objectif était d'obtenir un taux de participation de 50 % de la part des jeunes. Dans les écoles, 83 % des étudiants ont assisté à l'atelier. Dans les Centres de petite enfance, le taux de participation fut de 63.5 %.

Le Club des petits déjeuners à Inukjuak

Cette initiative vise à procurer un petit déjeuner aux étudiants de tous les niveaux. Il semble que cette intervention résulte en une assiduité accrue des étudiants et en une amélioration de leur comportement. Ce projet doit faire l'objet de plusieurs adaptations et nécessitera une plus grande participation de la communauté.

Défi " Abandon des boissons gazeuses "

Des 17 écoles de la région, treize ont participé au concours. Les professeurs ont préparé des ateliers sur une saine alimentation et sur les effets du sucre sur l'organisme. Les étudiants ont apprécié le défi. Une école est même allée jusqu'à bannir la vente des boissons gazeuses dans ses locaux et comme moyen de levée de fonds.

Travailleurs communautaires en prévention du diabète

Deux infirmières inuites sont à compléter une formation pour devenir travailleuses communautaires en prévention du diabète. Cette formation est donnée à Miramichi, en compagnie de représentants des Premières Nations. Quatre sessions ont eu lieu en 2008-2009 et deux autres sont prévues pour la prochaine année. La graduation est prévue en juin 2009.

Santé dentaire

Le travail des hygiénistes dentaires se poursuit par différentes activités de prévention, en groupe ou individuellement, principalement dans le milieu scolaire. La majeure partie des activités scolaires vise à promouvoir de saines habitudes d'hygiène dentaire (incluant de bonnes habitudes alimentaires), à fournir une protection par l'utilisation adéquate de fluorures et à appliquer des scellements de puits et fissures. Les garderies sont aussi visitées et les plus jeunes profitent de

l'application de vernis fluorurés. Les parents de ces enfants reçoivent une éducation à de saines habitudes de vie.

La portée de ces actions de prévention de la carie dentaire est limitée par les ressources disponibles. Suite à un conflit légal, la seule hygiéniste dentaire travaillant au C.S. Iunulitsivik a refusé de faire l'application de scellements et a quitté son poste en février. Elle n'est actuellement pas remplacée. Des trois hygiénistes dentaires engagées par le C.S. Tulattavik au début de l'année, une seule est toujours en fonction.

Nutrition

Activités éducatives en nutrition et cuisine pour les jeunes d'âge scolaire et préscolaire

À l'automne 2008, des activités de nutrition (inspirées du Guide alimentaire du Nunavik) se sont déroulées dans différentes écoles et garderies. Ces activités ont été créées et animées par des étudiantes en nutrition de l'Université Laval. Au menu : des activités de cuisine et d'éducation visant à promouvoir de saines habitudes alimentaires incluant les aliments traditionnels et les aliments commerciaux.



À l'automne 2008, les communautés de Kangiqsualujjuaq (Écoles Ulluriaq, CPE), Kangirsuk (École Sautjuit, CPE Amaartauvik), Umiujaq (École Kiluutaq, CPE Amautik) et Puvirnituq (Écoles Iguarsivik & Ikaarvik, CPE Sarliatauvik) ont été visitées. En moyenne, 79% des jeunes des écoles primaires et des CPE de ces communautés ont participé à au moins un atelier.

La satisfaction des enfants, des professeurs et des éducateurs fut élevée. En raison de son succès de cette année, ce projet sera poursuivi à l'automne 2009 dans d'autres communautés. Au cours de l'année à vernir, ces activités seront disponibles en inuktitut, anglais et français pour le personnel en milieux scolaire et préscolaire.

Programme de nutrition dans les Centres de la petite enfance (CPE)

Des menus équilibrés complets en minéraux et vitamines (dont le fer) et contenant des aliments traditionnels sont implantés dans les CPE. Le projet comprend un volet intervention, c'est-à-dire qu'il comporte une politique alimentaire et une formation pour les cuisiniers/cuisinières et pour les éducateurs/éducatrices. Un second volet est celui de la recherche scientifique, afin de mesurer l'efficacité de l'intervention.

Ce projet est mené par le GENUP de l'Université Lava, en collaboration avec l'ARK, la RRSSSN ainsi que la CSK.

La nutritionniste apporte son support à ce programme de différentes façons. Elle est membre, entre autres, du comité de planification du programme de nutrition en CPE. Ce groupe a été créé à l'hiver 2009 dans le but d'assurer la pérennité de ce projet.

Coordination du Comité Nutrition et Santé du Nunavik (NNHC)

ᓄᓇᕗᑦ ᓂᕈᐊᔪᒡᒐᓂᖅ
ᐊᓪᓚᔅ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
NUNAVIK NUTRITION & HEALTH COMMITTEE
COMITÉ NUTRITION ET SANTÉ DU NUNAVIK

Le Comité nutrition et santé du Nunavik est composé d'individus qui travaillent dans les domaines de la nutrition, de l'environnement et de la santé. La coordination de ce comité est assurée par la nutritionniste de la RRSSSN. Les membres représentent différentes organisations de la région, telles que les Centres de santé, l'ARK, le centre de recherche de Makivik, Inuit Tapiriit Kanatami, etc.

Le comité a pour mandat de travailler sur différents thèmes liés à l'alimentation et à son impact sur la santé des Nunavimmiuts. L'alimentation traditionnelle et les recherches sur les contaminants environnementaux sont parmi les thèmes principaux traités par ce comité.

- Publication du Bulletin *Get Hooked on Nutrition*



Ce bulletin est publié par le Comité santé et nutrition du Nunavik. L'édition de l'hiver 2009 contentait de l'information sur les thèmes suivants : les activités de promotion se déroulant dans la région, les gras trans et les gras d'aliments traditionnels, les dates de péremption, les contaminants et les femmes enceintes, etc.

Exposition élevée aux gras trans dans la région

Suite à l'enquête de santé *Qanuippitaa?*, il fut découvert que les Inuits du Nunavik ont des niveaux sanguins de gras trans trois fois plus élevés que les Inuits du Groenland. Ces résultats ont été présentés à la population et aux conseils d'administration de l'ARK et de la RRSSSN. Nous avons travaillé à la promotion d'une alimentation plus faible en gras trans et ce, par des messages radiophoniques et un article dans le bulletin *Get Hooked on Nutrition!* De plus, nous

avons entrepris des démarches auprès de fournisseurs alimentaires de la région dans le but d'améliorer la qualité de l'offre alimentaire.

Activités diverses

Collaboration avec un projet d'éducation à la santé en milieu scolaire à Quaqtaq

Un projet pilote d'éducation à la santé s'est déroulé à Quaqtaq au cours de l'année scolaire 2008-2009. Les jeunes ont été amenés à participer à différentes activités éducatives faisant partie d'un projet de santé globale. L'emphase a été mise sur les comportements préventifs, tels que la saine alimentation, l'activité physique, l'hygiène et la relaxation. La nutritionniste a supporté le déroulement de ce projet.

Mois de la nutrition : Kiosques en épicerie à Kuujjuaq et radio

En collaboration avec l'infirmière communautaire du C.S. Tulattavik, des kiosques d'information et de dépistage de diabète ont été réalisés dans les deux épiceries de Kuujjuaq au cours du mois de la nutrition. Pour le mois de la nutrition, une capsule radio sur l'alimentation et la grossesse fut réalisée.

Participation aux activés du Healthy Living Challenge de Kuujjuaq

Au printemps 2008, le C.S. Tulattavik a réalisé le *Healthy Living Challenge.* La nutritionniste a participé à l'animation de certains des ateliers donnés les soirs à Kuujjuaq. De plus, elle a collaboré avec l'infirmière en maladies chroniques pour un tour d'épicerie et la préparation de pamphlets.

Collaboration avec la Maison de la famille d'Inukjuak (Innulitsivik)

Une maison de la famille est maintenant présente à Inukjuak. Une formation pour les intervenants de la maison de la famille est en préparation et devrait avoir lieu au printemps 2009 et à l'automne 2009.

Consultation pour subvention alimentaire dans le cadre de la réduction du coût de la vie

L'ARK administre un programme de réduction du coût de la vie. Un des aspects de ce programme est la subvention d'aliments. Une collaboration est née entre l'ARK et la RRSSSN en ce qui concerne les ajouts qui seront apportés à cette liste. Ces ajouts se feront dans le but de réduction du coût de la vie tout en tenant compte de la santé.

Consultation pour le programme Aliment-Poste

La nutritionniste a participé à la consultation pour la révision de la liste d'aliments subventionnés par le programme aliment-poste du ministère des Affaires indiennes et du nord. Ce programme est toujours en cours de révision.

Initiatives de nutrition aux épiceries du Nord canadien (Retail-Based Nutrition Interventions (RBNI))

Sous l'égide de Santé Canada, un groupe composé de représentants des détaillants, du secteur de la santé et des quatre régions inuites du Canada, travaille à des initiatives pour favoriser l'alimentation saine. Vingt-trois recettes santé ont été distribuées dans les épiceries de juin 2007 à avril 2009. Les fiches recettes sont en cours d'évaluation.

Consultation clinique en nutrition

Au cours de l'année, des consultations en clinique externe ont été réalisées avec des patients principalement atteints de maladies chroniques.

Conférences en milieu de travail

Au printemps 2008, des conférences en entreprises ont été élaborées en collaboration avec la kinésiologue. L'objectif poursuivi est de faire la promotion de saines habitudes de vie et d'informer les gens sur différents thèmes touchant la nutrition et l'activité physique. Une seule conférence a pu être présentée en juin 2008, avant le départ de la kinésiologue. Bien que l'intention soit de reprendre ces conférences dans le futur, cette activité ne fait pas partie du plan pour 2009-2010, à moins que le poste de kinésiologue ne soit comblé.

Connaissance – Surveillance – Information

Surveillance MADO et vigie

Différentes activités sont menées dont certaines sur une base continue (comme par exemple la surveillance passive). Les principales activités sont:

- Saisie continue (au fur et à mesure que les cas sont télécopiés à la DSP) des cas déclarés de maladies à déclaration obligatoire, ITSS et non-ITSS;
- Production de tableaux sommaires présentant la distribution des MADO sur une base trimestrielle et/ou annuelle;
- Production de tableaux et/ou graphiques présentant l'évolution dans le temps de certaines MADO (chlamydiose génitale, infection gonococcique, tuberculose);

- Réalisation de produits spécifiques pour les activités de prévention/promotion/éducation sur les ITSS (travail de collaboration avec l'infirmière responsable des ITSS à la santé publique et les autres infirmières en santé communautaire des C.S. Tulattavik et Inuulitsivik);
- Mise à jour des données sur les cas déclarés de l'infection gonococcique pour les décideurs (médecin responsable des maladies infectieuses, directeur de la santé publique, assemblée des directeurs);
- Saisie et analyse des questionnaires d'enquêtes des cas déclarés de l'infection gonococcique de 2004 à 2008. Au total, 236 questionnaires ont été saisis et analysés pour décrire le profil sociodémographique et épidémiologique des cas;
- Extraction et analyse des banques de données MedEcho et Mortalité;
- Exploitation des données de l'infocentre et production de données diverses : nombre et distribution des causes d'hospitalisation et/ou de mortalité etc.

Analyste en santé (dossier Naasautit en collaboration avec NAHO)

Participation active à :

- La définition d'un modèle de santé et bien-être (document de travail) dans une perspective inuite;
- L'identification et la sélection d'indicateurs de santé pour les quatre régions inuites du Canada;
- Au processus de construction de bases de données accessibles principalement pour les communautés inuites et les décideurs des régions concernées.

Autres activités

- Préparation de données et/ou de documents divers pour des activités de formation à l'intention de nos partenaires (Module du nord, C.S.Tulattavik, etc.);
- Immunisation : Préparation des données populationnelles et sur la couverture vaccinale;
- Extraction et compilation des données pour divers partenaires locaux ou chercheurs (suicide, cancer, tuberculose, ITSS, etc.).

Recherche et Évaluation

Comme par les années passées, la Direction de santé publique a participé activement à plusieurs projets de recherche, notamment dans le domaine de la nutrition, des contaminants, des maladies infectieuses, etc. Nous tenons à mentionner un projet de recherche sur l'insécurité alimentaire au Nunavik, que nous réalisons en collaboration avec plusieurs partenaires.

Participation aux comités ou groupes de travail – représentation

Les membres de la DSP ont participé aux travaux de plusieurs comités ou groupes de travail, tant au niveau national, provincial que régional. Parmi les comités ou groupes de travail, mentionnons :

Base régionale

- Comité nutrition et santé;

Base nationale ou provinciale

- Table de concertation nationale en maladies infectieuses ;
- Table de concertation nationale en santé publique ;
- Comité provincial sur la tuberculose ;
- Comité provincial en santé au travail;
- Comité provincial en connaissance-surveillance
- Groupe de travail sur la santé publique inuite (ITK)
- Comité de travail national *Naasautit* (NAHO)
- Comité de gestion du programme des contaminants du Nord (NCP)

Perspectives pour l'année 2009-2010

Il est déjà acquis que l'année 2009-2010 sera marquée par la préparation et l'intervention en lien avec la pandémie d'influenza A (H1N1). Même si, à la fin de l'année 2008-2009, le Nunavik avait toujours été épargné, il est certain que tôt ou tard, l'influenza A (H1N1) touchera la région. Il importe donc que tous les intervenants ainsi que la population soient bien préparés pour faire face à cette menace à la santé du public.

D'un point de vue planification des activités de la DSP, l'année 2009-2010 verra la révision du plan d'action régional de santé publique. Profitant de cet exercice de révision, nous allons regrouper les différentes actions de la Direction sous quatre thèmes structurants :

- Le développement global des jeunes enfants
- L'approche intégrée en milieu scolaire
- Le développement des communautés
- Une politique alimentaire régionale

Bien entendu, la DSP continuera d'assurer la couverture de ses différents mandats tels que prescrits par la Loi de santé publique. Cependant, quelques initiatives dont les bases ont été jetées au cours de l'année 2008-2009 orienteront fortement les actions de la Direction de santé publique pour les prochaines années. Citons notamment le début des travaux de planification du projet *Écoles en santé* (en collaboration avec les Directions des valeurs inuites et de la planification) et le projet d'intervention multifactoriel en milieu de garde. Ces projets permettent d'agir sur une multitude de facteurs en profitant de l'effet de synergie des interventions.

Également, nous avons jeté les bases de notre développement futur, axé sur les interventions favorisant le développement des communautés. Pour ce faire, nous anticipons développer le réseau de santé publique au niveau local et sous-régional, pour être plus près de la réalité vécue par la population. Nous participons au développement du réseau des comités de bien-être au sein des communautés. Nous anticipons également le développement du réseau des agents de santé communautaire au sein de chaque communauté. Ces deux entités doivent être en lien étroit avec le réseau de la santé et des services sociaux et permettre aux communautés de faire connaître leurs besoins et de mieux s'impliquer dans la définition des solutions.

Finalement, l'alimentation constitue sans contredit une priorité régionale. Plusieurs aspects doivent être pris en compte : sécurité des aliments traditionnels, approvisionnement suffisant des communautés, recrudescence des cas de diabète, coût de la vie au Nunavik, etc. Afin d'assurer une perspective globale à l'approche nutritionnelle, nous prévoyons approcher nos partenaires régionaux afin de proposer l'adoption d'une politique alimentaire régionale.

Valeurs et Pratiques Inuites

Mot de la Directrice



La Direction des valeurs et pratiques inuites a été très occupée durant l'exercice 2008-2009. Le poste d'agent responsable des programmes communautaires est demeuré vacant pendant quelques mois, et les membres de l'équipe ont assumé une charge de travail accrue afin d'assurer que les travaux et les dossiers ne prennent aucun retard. La technicienne administrative de la direction a grandement contribué à nos efforts pendant cette période de manque de personnel.

Parmi les points saillants de cette année, mentionnons la formation pour deux sages-femmes dans le cadre du programme d'éducation du Centre de santé Inuulitsivik ; ainsi, elles sont reconnues par l'Ordre des sages-femmes du Québec et ont maintenant le droit d'exercer la profession dans notre région. Nous nous attendons à un plus grand nombre de sages-femmes inuites dans l'avenir.

Le groupe de travail des sages-femmes du Nunavik, créé par la RRSSSN afin de travailler en concert avec nos partenaires, a repris ses travaux. La vision de ce groupe est :

- D'assurer l'accès aux soins périnataux fournis par des sages-femmes dans toutes les communautés;
- De fournir des services de bonne qualité;
- De développer et de fournir des services de prévention;
- D'assurer l'accès à la formation pour les Inuits qui s'intéressent à la profession de sage-femme;
- D'assurer des conditions de travail équitables et attrayantes.

La Direction des valeurs et pratiques inuites a réalisé une évaluation des besoins des anciens résidents de pensionnats du Nunavik. L'objectif principal de cette évaluation était d'identifier les besoins de ces personnes et de leur famille et de formuler des recommandations quant à l'organisation et l'implantation des services requis afin de répondre aux besoins identifiés.

Notre direction travaille sur plusieurs dossiers importants pour la population du Nunavik, et nous anticipons la poursuite de nos efforts en 2009-2010.

Sages-femmes



Le groupe de travail des sages-femmes du Nunavik a subi un réaménagement avec un nouveau cadre de référence et une nouvelle structure d'adhésion. Le mandat global du groupe est d'assurer le progrès de la profession de sage-femme au Nunavik. Le groupe est composé de représentants de la maternité des deux centres de santé et de représentants de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, ainsi que d'un membre du conseil d'administration de chacun des centres de santé et de la régie régionale. Des conseillers et d'autres personnes sont invités aux rencontres du groupe au besoin.

La vision du groupe comprend l'offre de services de sages-femmes inuites à travers le territoire. Un volet de cette vision implique l'implantation du programme d'éducation d'Inuulitsivik sur la côte d'Ungava.

Les sages-femmes inuites ayant reçu la formation dans le cadre du programme d'Inuulitsivik sont autorisées de pratiquer leur profession. Elles deviennent membres de l'Ordre des sages-femmes du Québec, ce qui représente une réussite importante pour l'avenir de cette profession au Nunavik.

Rapport sur l'évaluation des besoins des anciens élèves de pensionnat

Il y a un an, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits à Québec a informé la RRSSSN de la possibilité d'obtenir un financement afin d'offrir un soutien aux anciens élèves de pensionnats ainsi qu'à leur famille.

La Direction des valeurs et pratiques inuites a donc pris la décision de réaliser une évaluation des besoins des anciens élèves avant de présenter une proposition à Santé Canada.

Par conséquent, une évaluation des besoins fut réalisée avec les anciens élèves au début du printemps de cette année.

Au départ, le plan était de visiter chacune des 14 communautés, mais étant donné les contraintes au niveau du temps et des budgets, ainsi que le manque de soutien professionnel dans les communautés, une décision a été prise de rencontrer les anciens élèves qui représenteraient leur communauté. Ainsi, deux rencontres furent organisées, l'une à Inukjuak pour la côte d'Hudson et l'autre à Kuujjuaq pour la côte d'Ungava.

Dans le but d'assurer une distribution équitable de représentants, la représentation fut basée sur le nombre d'anciens élèves dans chaque communauté. Donc, les communautés ayant le plus

grand nombre d'anciens élèves ont pu envoyer cinq représentants, celles ayant moins d'anciens élèves, quatre représentants, et celles ayant encore moins, trois représentants. Les deux séances ont duré chacune deux journées entières et ont fourni aux organisateurs beaucoup d'information sur les besoins.

Un rapport est présentement en train d'être rédigé afin d'établir un portrait complet des besoins exprimés par les personnes ayant participé au processus. Ce rapport accompagnera la proposition de financement à l'intention de Santé Canada.

Les besoins en termes de counseling, de futures rencontres et de soutien culturel furent maintes fois exprimés durant le processus d'évaluation. Ainsi, la demande de financement sera centrée sur ces besoins afin d'assurer que les anciens élèves qui participent au processus externe d'évaluation reçoivent le soutien émotionnel et culturel nécessaire. Un budget pour des activités sera également fourni pour assurer un soutien culturel et d'autres activités pour les anciens élèves et leur famille.

Suite à l'approbation de la proposition de financement par Santé Canada, des travailleurs de soutien seront embauchés à temps plein et à temps partiel pour fournir le soutien requis.

Rapport sur le programme de formation destiné aux cadres inuits

État de situation

Tel que décrit l'an dernier, les cours ont été suspendus durant une période d'environ un an afin de résoudre certains problèmes majeurs avec l'Université McGill.

La première préoccupation était l'élaboration du contenu des cours. Selon la régie régionale, insuffisamment de temps est consacré et insuffisamment d'accent est mis sur l'élaboration et l'adaptation des cours afin d'assurer leur pertinence au contexte du Nord et aux besoins des participants enregistrés dans le programme. L'autre préoccupation concernait la sélection des formateurs pour donner les cours dans le Nord.

Selon nous, ces questions sont fondamentales au succès du programme, et c'est pourquoi les cours ont dû être suspendus.

Cependant, il nous fait plaisir d'annoncer que ces préoccupations furent réglées et que les cours reprendront au printemps 2009. Au cours de l'an dernier, des rencontres ont été tenues entre la directrice des Valeurs et pratiques inuites de la régie régionale et le doyen adjoint de l'Université McGill. Après beaucoup de discussions et de réflexion, l'université a accepté de se centrer plus

sur l'élaboration et l'adaptation du contenu des cours afin d'assurer la pertinence au Nord et aux besoins des participants.

Quant au processus de sélection, le coordonnateur du programme y sera impliqué davantage afin d'assurer que les formateurs retenus possèdent l'expérience et les qualifications pour livrer les cours dans le Nord.

Nouveaux participants

Depuis le relancement du programme, de nouveaux participants se sont inscrits aux cours, lesquels recommenceront sous peu. Ainsi, nous aurons une banque de candidats qualifiés pour prendre la relève quand les cadres actuellement en poste quittent pour d'autres emplois, pour la retraite, etc.

Historique

En réponse à un besoin exprimé tant par la Régie régionale Nunavik que par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour des cadres adéquatement formés dans les secteurs de la santé et des services sociaux et des services communautaires, un programme de formation en gestion fut lancé au début de l'an 2001 sous l'autorité de la régie régionale. Le premier cours fut donné à Kuujjuaq en novembre 2001, et cette formation se poursuit depuis cette époque.

Parmi les participants, mentionnons les différents cadres des Centres de santé Tulattavik de l'Ungava et Inuulitsivik, de la régie régionale ainsi que d'autres gestionnaires oeuvrant dans les services communautaires tels les centres de traitement pour jeunes, les foyers de groupe, les centres de traitement de la toxicomanie et les refuges pour femmes.

Organisation des cours

Chaque cours est offert deux fois : une fois à Puvirnituq et une fois à Kuujjuaq. Cette façon de faire permet à la plupart des participants de suivre les cours dans leur communauté d'origine. Un autre avantage serait un coût réduit là où le nombre de participants est suffisamment élevé.

Les cours se donnent sur une période de sept jours et sont très intensifs de nature. Une consultante inuite travaille avec McGill et ses professeurs afin d'assurer que le contenu répond aux besoins des participants ; elle sert également de co-animatrice durant les cours.

Les participants reçoivent trois crédits pour chaque cours qu'ils réussissent. Chaque participant doit obtenir un total de 45 crédits afin de réussir le programme. Ainsi, un participant qui suit chaque cours offert pourrait graduer du programme dans environ sept ans. Toutefois, jusqu'à maintenant, peu de personnes ont pu suivre tous les cours.

Initiative relative aux ressources humaines autochtones en santé (IRHAS)

L'IRHAS est une initiative fédérale de Santé Canada qui poursuit trois objectifs spécifiques. Le premier est d'augmenter le nombre d'intervenants autochtones en matière de santé dans les communautés autochtones à travers le Canada. Le deuxième est de mieux assurer la rétention d'intervenants de la santé dans ces communautés. Enfin, le troisième est d'ajouter à la main-d'œuvre sanitaire des éléments de soutien tels la recherche et l'évaluation de services.

L'IRHAS a vu le jour dans l'année financière 2005-2006 et elle est maintenant dans sa dernière année (2009-2010). Le Nunavik a reçu des fonds de cette initiative pour la première fois en 2008-2009. Au sein de la RRSSSN, un coordonnateur d'engagements régional est responsable d'étudier les propositions transmises par les différents organismes du Nunavik et d'offrir de l'aide, au besoin, dans la formulation de propositions. L'IRHAS a alloué des fonds pour le renforcement des capacités de ce coordonnateur d'engagements régional. Dans le cadre de l'initiative, les fonds sont distribués aux communautés des Premières Nations, des Cris et des Inuits de la province du Québec.

Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA)

Le FTSA est une initiative fédérale de Santé Canada composée des trois volets suivants :

1. L'enveloppe d'adaptation pour soutenir une meilleure adaptation des programmes de santé provinciaux et territoriaux existants aux besoins particuliers des Autochtones, y compris celles vivant en milieu urbain et les communautés Métis ;

2. L'enveloppe d'intégration pour soutenir une meilleure coordination et l'intégration des systèmes de santé provinciaux et territoriaux et des systèmes de santé fédéraux au sein des communautés inuites et des Premières Nations (financés par le gouvernement fédéral) ;

3. L'enveloppe pancanadienne pour soutenir des approches multisectorielles à l'intégration et à l'adaptation applicables chez les Inuits, les Premières Nations et les Métis ainsi que pour l'adaptation de programmes de santé généraux du Gouvernement du Canada.

Tout comme l'IRHAS, le FTSA est en existence depuis l'exercice 2005-2006. Il est maintenant à sa dernière année (2009-2010). Le groupe Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) s'est engagé auprès des régions inuites à travers le Canada pour assurer que chacune de ces régions ait accès aux fonds sous le FTSA. ITK octroie des fonds pour un coordonnateur d'engagements régional dans chaque région inuite. À la RRSSSN, le poste de coordonnateur d'engagements régional relève de la Direction des valeurs et pratiques inuites, et ce depuis le mois de juin 2008.

Dans le passé, le Nunavik a déjà reçu des fonds dans le cadre du FTSA pour divers projets tels celui de la santé mentale et le projet clinique. Ces initiatives sont décrites en plus grand détail dans la section de la Direction de la planification et de la programmation.

Projet de guérison 2008-2009

« Guérir ensemble grâce à nos valeurs et cérémonies traditionnelles »

ATELIERS DE GUÉRISON

Des ateliers de guérison ont été organisés dans les communautés suivantes en 2008-09 :

- Inukjuak : 22-27 septembre 2008
- Quaqtaq : 3-8 novembre 2008
- Umiujaq : 8-13 décembre 2008
- Akulivik : 26-31 janvier 2009
- Salluit : 2-7 mars 2009

Les quatre dernières communautés à visiter en 2009-2010 sont :

- Kangirsuk
- Kangiqsujuaq
- Tasiujaq
- Aupaluk

FINANCEMENT

Les tournées seront terminées avant le 31 mars 2010, vu que le financement de la Fondation pour la guérison des Autochtones prend fin à cette date. La fondation continuera à financer les centres de guérison pour une autre période de deux ans, mais les projets tels celui-ci ne seront plus couverts après mars 2010.

UN PROCESSUS DE LONG TERME

La guérison est un processus de long terme. Dans une société où tant les *Qaallunaat* que les Inuits cherchent des solutions simples et immédiates, la guérison n'est pas considérée comme une option valable. En tant que moyen de régler l'alcoolisme et la toxicomanie, ainsi que le déni de ces problèmes, la guérison thérapeutique n'est qu'à ses balbutiements. Il est dommage que le

financement de ce projet de guérison, lequel donne des opportunités de guérir aux Inuits des 14 communautés, prendra fin dans moins d'un an.

Un des résultats de ces ateliers pour les adultes et les jeunes qui y ont participé est une compréhension approfondie de plusieurs concepts, dont les suivants :

- L'oppression est à la base des dépendances, de la violence familiale, de l'apathie, de l'incapacité apprise et de la violence latérale.
- Les problèmes qui surgissent dans les collectivités touchées sont le résultat de traumatismes et de l'oppression du passé.
- Comprendre les dynamiques multigénérationnelles de l'agression sexuelle envers les enfants et la rage est essentiel à la résolution de problèmes communautaires.
- Comprendre les effets multigénérationnels de l'agression sexuelle envers les enfants et la rage sur l'individu et sur la famille est essentiel à la résolution de problèmes communautaires.
- Les traumatismes précoces ont des effets sur le développement de l'enfant et sur le développement de saines distances.
- Comprendre les étapes de guérison de l'agression sexuelle envers les enfants et du viol est essentiel à un processus de guérison réussi.
- Soutenir le processus de guérison est chose nécessaire pour les survivants adultes, leur partenaire et leur famille.
- Un accent doit être mis sur les étapes nécessaires du pardon.
- Comprendre les dynamiques des agresseurs sexuels—l'inceste, la pédophilie et la rage—est une étape importante de la guérison.
- Les individus et les communautés possèdent la capacité de se rétablir des problèmes du passé.
- Comprendre les étapes nécessaires dans le traitement efficace des agresseurs est un volet essentiel du processus.
- Refaire les familles et les communautés saines est l'un des buts de la guérison.
- Se centrer sur les questions de la prise en charge, de la résolution de conflits et des habiletés parentales fait partie de la guérison communautaire.

Les nombreux adultes et jeunes qui ont entamé leur processus de guérison poursuivront leur cheminement, sachant que tous leurs efforts mènent à leur but ultime.

Association des maisons de jeunes du Nunavik

L'Association de maison de jeunes du Nunavik est responsable de la coordination du programme jeunesse ainsi que la formation et supervision du personnel des centres jeunesse. L'association a également le mandat de cueillir les rapports financiers et les rapports d'activités de ces centres et

de produire un rapport global pour la RRSSSN sur tous les centres des jeunes selon les critères établis. De plus, l'association soutient les centres dans le processus de demande de subventions.

Durant les mois de septembre, octobre et novembre 2008, chacune des 14 communautés a été visitée (*Igloo Tour* ou Tournée igloo) afin d'identifier la situation des centres des jeunes du Nunavik. Une évaluation a été effectuée selon les cinq critères de certification « Igloo »— sécurité, activités, personnel, organisation, réseautage—ainsi que le programme des centres des jeunes du MSSS. L'association a ensuite produit un rapport sur les résultats de la tournée. Les résultats de l'évaluation varient d'une communauté à l'autre.

La formation des coordonnateurs et animateurs des centres des jeunes est continue et se poursuivra durant le prochain exercice.

Finalement, il y a un besoin de rénover les centres jeunesse et d'en construire des nouveaux dans certaines communautés ; la construction et les rénovations procèderont dans les communautés ayant des plans de projet concrets.

Grandir ensemble

Grandir ensemble est un programme fédéral qui fournit des budgets annuels pour des projets communautaires ciblant les enfants âgés de 0 à 18 ans ainsi que des projets ciblant les familles et la communauté en général. Un financement est octroyé aux 14 communautés du Nunavik au prorata de leur population respective. Chaque communauté peut demander un financement en proposant des projets approuvés par la municipalité, et ce dans les domaines de la santé mentale, du développement des enfants, des habiletés parentales, de la prévention de traumatismes et des bébés en santé. L'objectif global est d'assurer pour les *Nunavimmiut* des activités de bien-être et des services qui sont adaptés à la culture, afin de créer des familles et des communautés en santé.

Durant l'année financière qui a débuté le 1er avril 2008 et s'est terminée le 31 mars 2009, plusieurs projets ont été réalisés dans les communautés, dont des ateliers sur l'intimidation, organisés dans les écoles, le programme des petits déjeuners, des cours sur les habiletés parentales, des camps d'été pour jeunes, etc. Plusieurs activités culturelles ont également été organisées dans les communautés, telles la construction de *qajaq*, la construction d'igloos, la couture et autres.

Cette année, certaines communautés ont grandement profité du programme tandis que d'autres ont proposé aucun ou peu de projets. Toutes les communautés sont encouragées à participer au programme en demandant du financement pour leurs initiatives. Les visites aux communautés se poursuivront afin de faire la promotion du programme Grandir ensemble. Pour l'exercice 2009-2010, tout solde non dépensé pourra être transféré à d'autres communautés ayant dépensé la totalité de leur budget et qui auront encore d'autres projets à réaliser.

Le tableau suivant présente les budgets octroyés aux communautés pour l'exercice 2008-2009.

COMMUNAUTÉS	2008-2009
Akulivik	59 728,85
Aupaluk	39 495,15
Inukjuak	114 562,00
Ivujivik	0
Kangiqsualujjuaq	102 777,00
Kangiqsujuaq	27 220,00
Kangirsuk	45 280,00
Kuujjuaq	149 005,85
Kuujjuaraapik	16 293,75
Puvirnituq	109 142,80
Quaqtaq	18 130,00
Salluit	62 957,25
Tasiujaq	6 500,00
Umiujaq	15 940,00

Services administratifs

Mot du Directeur



Depuis plus d'un an, la Direction des services administratifs utilise des nouvelles méthodes de gestion de projets. La direction a mis sur pied un bureau régional de gestion de projets avec des représentants des deux centres de santé et de la RRSSSN ; ce bureau applique la nouvelle approche en gestion de projets. Ceci a permis à nos partenaires et à notre personnel de gérer les projets en collaboration, de façon transparente et intégrée. Durant l'exercice 2008-2009, le bureau était très actif et productif.

Cette année a vu des progrès importants dans notre plan directeur régional des ressources informationnelles, lequel fournira des outils aux travailleurs de la santé ainsi qu'aux gestionnaires. Notre vision à long terme et notre approche intégrée contribueront à augmenter la productivité des professionnels de la santé et ainsi améliorer la performance du réseau de la santé du Nunavik. Il est évident qu'un des plus grands avantages sera une amélioration au niveau de la qualité des soins et du continuum des services pour la clientèle de la région.

Finalement, le réseau de la santé du Nunavik demeure en situation de déficit avec un montant de 105 millions de dollars. Toutefois, afin d'assurer que les compressions budgétaires ne touchent pas à l'offre de services de santé et de services sociaux de base, il sera essentiel de poursuivre l'étroite collaboration entre le MSSS, les centres de santé et la régie régionale.

Pour l'année à venir, j'espère poursuivre les différents projets en collaboration avec les représentants du MSSS et des centres de santé et notre équipe à la RRSSSN.

Silas Watt

Ressources financières

BUDGET RÉGIONAL (MSSS)

Le MSSS a autorisé des dépenses de 101,3 millions de dollars pour la région pour 2008-2009, excluant les fonds d'immobilisations : 96,7 millions en crédits et 4,6 millions en déficit autorisé. La RRSSSN a distribué le montant ainsi :

ALLOCATIONS 2008-2009	$ (millions)
ÉTABLISSEMENTS	
Centre de santé Inuulitsivik	34,8
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	30,5
FONDS ASSIGNÉS, RRSSSN	
Services assurés/non assurés	18,7
Autres	1,9
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	
Centres de jeunesse	3,7
Autres	2,6
Réserve – projets spéciaux non réalisés à ce moment	4,5
TOTAL DES TRANSFERTS	**96,7**

Pour l'exercice 2008-2009, le MSSS a autorisé un déficit de fonctionnement de 4,6 millions de dollars pour les deux établissements. Toutefois, le montant projeté pour le déficit serait plus élevé, de manière significative, que le montant autorisé.

BUDGET DE DÉVELOPPEMENT – Ressources humaines, investissements de capitaux et équipements

Le suivant est un résumé des différents budgets de développement annoncés par le MSSS en 2008-2009.

Services à la jeunesse (1re année de 3)

Suite à une demande de la RRSSSN et au sommet Katimajiit en 2007, la RRSSSN en 2008-2009 a reçu un budget de développement pour 25 ressources humaines supplémentaires et pour des activités reliées aux services à la jeunesse pour les deux centres de santé.

- Réorganisation de la protection de la jeunesse — 1,734,000 $, récurrent
  (14 nouveaux postes afin de répondre aux besoins grandissants)
- Services de CLSC de première ligne — 557,000 $, annualisé à
  (8 nouveaux postes pour les services à la jeunesse) — 1,114,000 $ (2009-2010)
- Services régionaux de réadaptation — 450,000 $, récurrent
  (3 nouveaux postes pour les services de réadaptation aux jeunes)
- Formation continue pour — 200,000 $, récurrent
  les employés des services à la jeunesse
- Création du programme d'assistance aux employés — 125,000 $, non récurrent
  (pour les employés des services à la jeunesse)

Autres services

- Services de soutien de la RRSSSN — 125,000 $, annualisé à
  (4 postes pour le suivi financier, — 500,000 $ (2009-2010)
  les ressources humaines et l'implantation du système d'information)

Investissements de capitaux

D'ailleurs, la RRSSSN a reçu un budget de développement des investissements de 22,100,417 $ pour les projets de construction. Pour commencer les constructions en l'été 2009, un appel d'offres public fut lancé pour les projets suivants :

- Duplexes – logements pour employés, CS Inuulitsivik — 23 unités
- Duplexes - logements pour employés, CS Tulattavik — 23 unités
- Duplexes - logements pour employés, RRSSSN — 4 unités

Équipements médicaux

En 2008-2009, une demande a été adressée au MSSS pour les budgets suivants, qui ont été approuvés. La majoration de notre budget annuel de remplacement d'équipements, de 360,000 $ à 1,015,578 $, permettra à la région de remplacer et de mettre à jour, de façon régulière, les équipements usés et vétustes. Durant la deuxième année, des projets pour un endoscope et pour des électrocardiographes furent présentés au et acceptés par le MSSS.

- Majoration du budget annuel de remplacement d'équipements médicaux (de 360,000 $ à 1,015,578 $) — 655,578 $
- Nouvel équipement d'endoscopie — 239,000 $
- 16 électrocardiographes — 256,000 $

BUDGET DE FONCTIONNEMENT DE LA RRSSSN

La direction fournit une expertise en matière des finances aux autres directions : la Direction générale, la Direction des valeurs et pratiques inuites, la Direction de la planification et de la programmation et la Direction de la santé publique. Au courant de l'année, la direction a géré les fonds suivants :

Budget de fonctionnement et fonds assignés

Le MSSS a alloué un budget de 4,4 millions de dollars pour le fonctionnement de la RRSSSN. Ce dernier a également reçu 1 million de dollars provenant d'autres sources. À part ce budget de fonctionnement, la RRSSSN a aussi reçu et géré 22,5 millions de dollars en fonds assignés pour des activités spécifiques. Ces fonds assignés proviennent de deux sources : l'un directement du MSSS, l'autre de l'enveloppe régionale.

Fonds d'immobilisations

La RRSSSN a aussi transféré 4,8 millions de dollars pour divers projets d'immobilisations tels le remplacement d'équipements, l'entretien et les rénovations de bâtiments et les équipements médicaux. Le plan de projets 2005-2008 soumis par les centres de santé fut achevé cette année.

Fonds assignés du gouvernement fédéral

Cette année, le gouvernement fédéral a transféré une somme de 7,9 millions de dollars en fonds assignés. Contrairement aux fonds assignés provinciaux, les accords de contribution avec Santé Canada et les Affaires indiennes et du Nord canadien sont conclus sur une base annuelle. À la fin de l'année, le gouvernement fédéral récupère tout solde qui n'a pas été affecté au courant de l'année.

Santé Canada	**$**
Initiative sur le diabète chez les Autochtones	431,579
Grandir ensemble	1,087,654
Soins à domicile et en milieu communautaire	1,988,980
Troubles causés par l'alcoolisation fœtale	351,720
Gestion de crises en santé mentale	820,736
Programme de nutrition périnatale	279,193
Stratégie de prévention du suicide	174,500
Plan d'intégration, santé mentale	969,667
FTSA : Modes de vie sains chez les écoliers et toxicomanie	664,787
Plan d'adaptation, projet clinique	545,356
Initiative relative aux ressources humaines autochtones en santé (IRHAS)	291,284
Affaires indiennes et du Nord canadien	
Incapacité chez les adultes	25,744
Violence familiale	169,200
Fonctionnement du Comité sur la nutrition et la santé au Nunavik	121,565
Total, gouvernement fédéral	**7,921,965**

Immobilisations et équipements

La RRSSSN a récemment accepté un nouveau budget triennal pour le Nunavik, ce qui libérera une somme de 11,2 millions de dollars pour l'entretien des bâtiments. Le MSSS a annoncé les budgets pour notre région : pour 2009-2010, nous recevrons 4 476 637 $ pour l'entretien des bâtiments et 1 873 164 $ pour les rénovations fonctionnelles.

Plus tôt dans l'année, suite à un appel d'offres public, la CHQ a mandaté Genivar pour réaliser un contrôle de tous les immeubles appartenant aux trois organismes (Inuulitsivik, Tulattavik et la RRSSSN). Les résultats de ce contrôle contribueront à la planification adéquate afin de maintenir le parc d'immobilisations du Nunavik durant les cinq prochaines années. Les résultats mèneront également à une mise à jour de la valeur de remplacement pour la région, ce qui se traduira en un budget majoré.

Équipement biomédical

Les services administratifs comptent depuis la fin de l'été 2008 sur l'appui d'une ressource spécialisée dans le secteur du génie biomédical (GBM) avec l'embauche d'un coordonnateur régional.

Le mandat associé à ce nouveau poste est pour le moment aussi large que le territoire du Nunavik. Il est autant à l'écoute des infirmières de chacun des villages qui utilisent tout genre d'appareils médicaux au quotidien, que de négocier avec le MSSS pour adapter les politiques provinciales aux réalités nordiques.

Deux comités locaux GBM représentent maintenant les communautés desservies par les Centres de santé Inuulitsivik et Tulattavik. Les plans triennaux des équipements médicaux sont maintenant conformes aux normes provinciales et une mise à jour des inventaires est en cours.

Le coordonnateur GBM soutient les centres dans toutes les sphères reliées à l'appareillage médical: besoins, disponibilités, évaluations d'achat, réception, conformité aux normes, entretiens correctifs et préventifs, contrats de services, montages, formations, suivis, remplacements et fin de vie des appareils.

Les besoins en personnel spécialisé en technique biomédicale sont clairement identifiés et une demande officielle a été déposée au MSSS pour permettre aux secteurs de la Baie d'Hudson et de l'Ungava de rencontrer les exigences d'Agrément Canada en matière de gestion efficace du parc d'équipement médical du Nunavik.

Deux projets de remplacement de systèmes spécialisés ont été négociés et le financement a été autorisé par le MSSS dans une enveloppe spéciale totalisant près d'un demi-million de dollars (495 000 $); ces projets verront le jour en 2009-2010.

La participation active de notre service GBM à la nouvelle méthode de calcul des budgets régionaux adopté au MSSS permettra à partir de 2010 de doubler les sommes allouées précédemment dans le secteur de remplacement des appareils médicaux au Nunavik.

Le coordonnateur du service GBM régional n'est que la première pierre à un département qui a un rôle important tant dans les secteurs de la sécurité des patients et des professionnels médicaux que dans le suivi des bonnes pratiques biomédicales en établissement de santé.

Les résultats de cette première année sont des plus encourageants et nous envisageons avec un grand optimisme celles à suivre.

Volet Ressources humaines – Portrait de l'organisation et du mouvement de personnel

Le portrait de notre registre de postes au 31 mars 2009 est le suivant :

- 51 postes permanents à temps complet;
- 5 postes temporaires à temps complet;
- 1 poste régulier à temps partiel;
- 1 poste temporaire à temps partiel.

Cinq de ces postes sont des postes de cadres supérieurs, cinq sont des postes de cadres intermédiaires.

Personnel d'encadrement

Au courant de l'année nous avons procédé au remplacement d'un cadre supérieur pour raison de retraite et accueilli une affectation temporaire pour un remplacement de congé de maternité. Une employée a été mutée temporairement afin de combler le poste laissé vacant pour un congé sans solde. Une autre employée a été nommée temporairement dans une fonction de cadre afin d'assumer les projets cliniques.

Personnel

Nous avons accueilli 10 nouveaux employés afin de combler le départ de 8 employés, les remplacements d'un congé de maternité et d'un congé sans solde, et combler le poste vacant d'agent de communication ainsi que le nouveau poste de coordonnateur technique en génie biomédical.

Le départ des titulaires de postes a, dans certains cas, été suivi d'une transformation afin d'actualiser la prestation de services. Par exemple, le poste d'agent de gestion a été transformé en poste de technicien en administration (paie et comptabilité), avec le retrait des fonctions reliées aux ressources humaines et davantage de soutien technique au service de la comptabilité. Par ailleurs, certains postes ont été créés.

À la Direction des services administratifs, un poste d'adjoint au directeur des services administratifs, un poste d'agent aux programmes « services assurés non assurés » ainsi qu'un

poste de coordonnateur technique en génie biomédical ont été créés. Deux de ces postes ont été comblés et le troisième le sera dans le prochain exercice financier.

À la Direction de la santé publique, un poste temporaire à temps complet de coordonnateur « École en santé » a été créé et sera comblé dans l'exercice 2009-2010.

À la Direction de la planification et de la programmation, un poste temporaire à temps complet d'agent aux projets cliniques a été créé et comblé.

À la Direction générale une assignation temporaire a été créée et comblée.

Quant à la Direction des valeurs et pratiques inuites, aucune nouvelle assignation temporaire n'a été créée.

Un effort particulier a été fourni cette année afin de structurer tout le processus de dotation de personnel, que ce soit au niveau de l'affichage de nos besoins, des divers canaux de recrutement, du processus de sélection que du processus d'embauche et d'accueil de nouveaux employés.

Nous poursuivons constamment nos objectifs d'attraction de personnel inuit. Actuellement, il s'agit de 21 % de notre personnel.

Systèmes d'information

Cette année a vu des progrès dans les systèmes d'information régionaux. Le projet régional du dossier clinique informatisé était au centre de nos efforts dans le réseau de la santé du Nunavik. Ce projet majeur a été approuvé par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik et des deux centres de santé (Inuulitsivik et Tulattavik) et sera implanté au cours du prochain exercice. Une fois déployé, il permettra au personnel clinique d'avoir accès, de façon sécuritaire et rapide, aux informations concernant la clientèle, peu importe la communauté d'origine, et améliorera l'efficacité des décisions prises par les cliniciens.

Le Bureau régional de gestion de projets, qui comprend des représentants des deux centres de santé et de la Régie régionale Nunavik, a grandement contribué au processus décisionnel et à la transmission d'information concernant le projet régional du dossier clinique informatisé.

Le Plan directeur des ressources informationnelles du Nunavik fait l'objet d'une révision continue afin de prendre en compte les réalités régionales et locales en changement continuel. L'obstacle principal dans le très court terme est la mise à niveau du réseau de

télécommunication. La RRSSSN travaille avec le MSSS et l'Administration régionale Kativik (ARK) afin de trouver une solution durable et efficace à ce problème persistant. Notre but global est de maximiser le contrôle par les Inuits des programmes et du financement afin d'améliorer la qualité, l'accès et le contrôle, d'améliorer la santé des Inuits et d'assurer que tous les programmes et services sont adaptés à la culture, bien coordonnés et holistiques.

Étant donné le manque d'une infrastructure adéquate de télécommunication dans les communautés, aucune nouvelle installation n'a été ajoutée dans la région. Cependant, la télésanté est utilisée régulièrement entre les deux centres de santé de la région et les établissements du Sud tels le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et le Module du Nord québécois (MNQ). Plusieurs rencontres de nature administrative ont été tenues par vidéoconférence, ce qui se traduit par une réduction considérable au niveau des dépenses reliées aux déplacements. Ces vidéoconférences se tiennent principalement entre la RRSSSN et les deux centres de santé ainsi qu'avec le MNQ et divers sites à travers la province.

Le MNQ, situé à Montréal et assurant le logement et le suivi pour les patients lors de leur séjour pour recevoir des soins médicaux à un des centres tertiaires de la région montréalaise, a effectué une mise à jour de son logiciel de gestion de la clientèle, ainsi permettant au personnel de fournir un service mieux intégré à la clientèle.

Le volet de la sécurité des ressources informationnelles a également vu des progrès. La catégorisation de ces ressources a commencé, incluant un inventaire de toute donnée potentiellement sensible reliée au secteur de la santé. Au courant du prochain exercice, le Plan directeur régional de la sécurité devrait être prêt. La sécurité des informations personnelles est, et continue d'être, une priorité de la RRSSSN et de tout le réseau de la santé du Nunavik.

Enfin, le site Internet de la RRSSSN fait présentement l'objet d'une mise à jour et devrait être prêt d'ici la fin de l'été.

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

SUMMARY FINANCIAL REPORT

MARCH 31, 2009

NUNAVIK REGIONAL BOARD
OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SUMMARY FINANCIAL REPORT
MARCH 31, 2009

TABLE OF CONTENTS

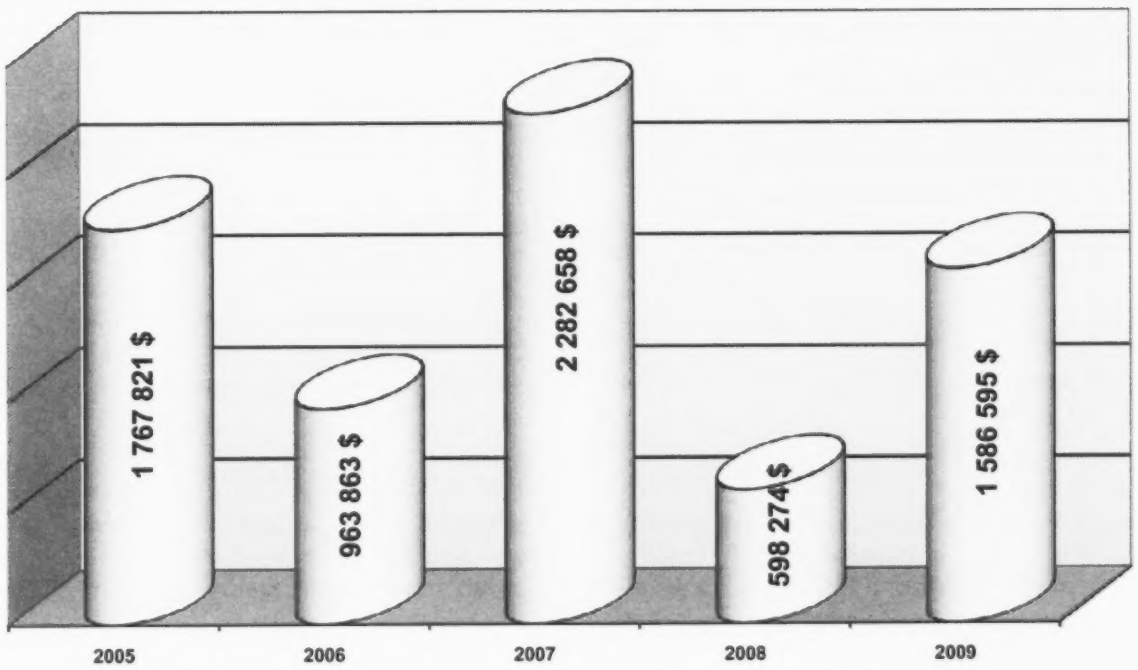
	Part
SYNOPSIS REVIEW	I
FINANCIAL STATEMENTS	
INUTTITUT	II
ENGLISH	III
FRENCH	IV

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SYNOPSIS REVIEW
MARCH 31, 2009

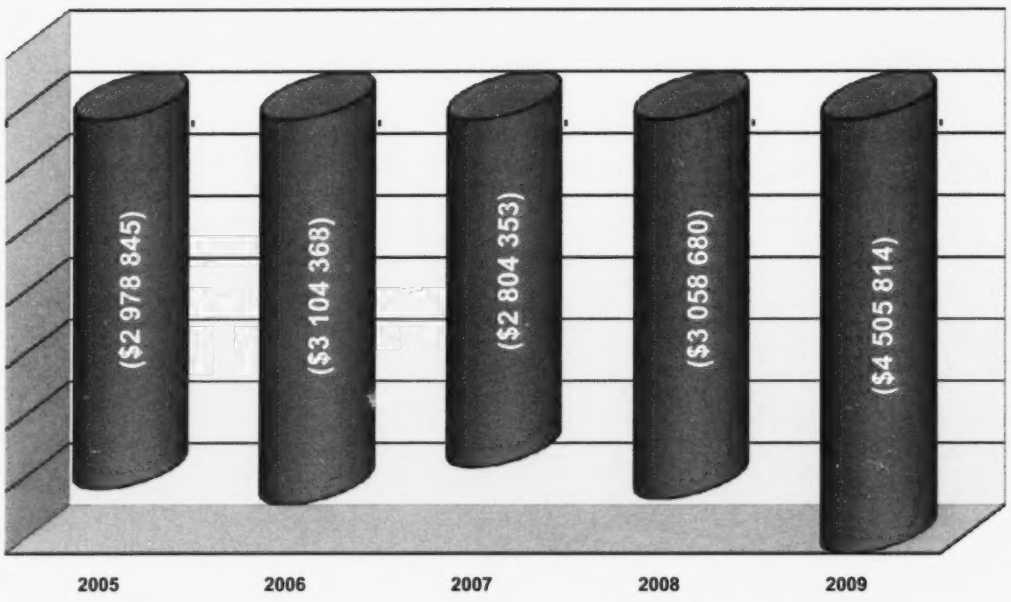
TABLE OF CONTENTS

	Page
COMBINED CASH POSITION	1
OPERATING FUND	
FUND BALANCE, INCLUDING RESERVED FUND	2
SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR	2
ASSIGNED FUND	
COMBINED FUND BALANCE	3
SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR	3

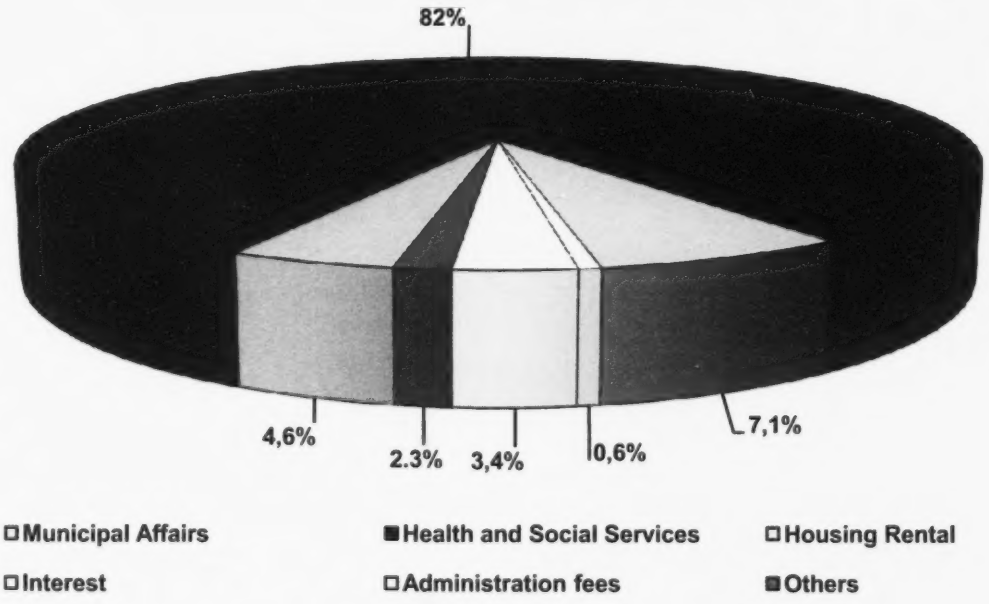
COMBINED CASH POSITION



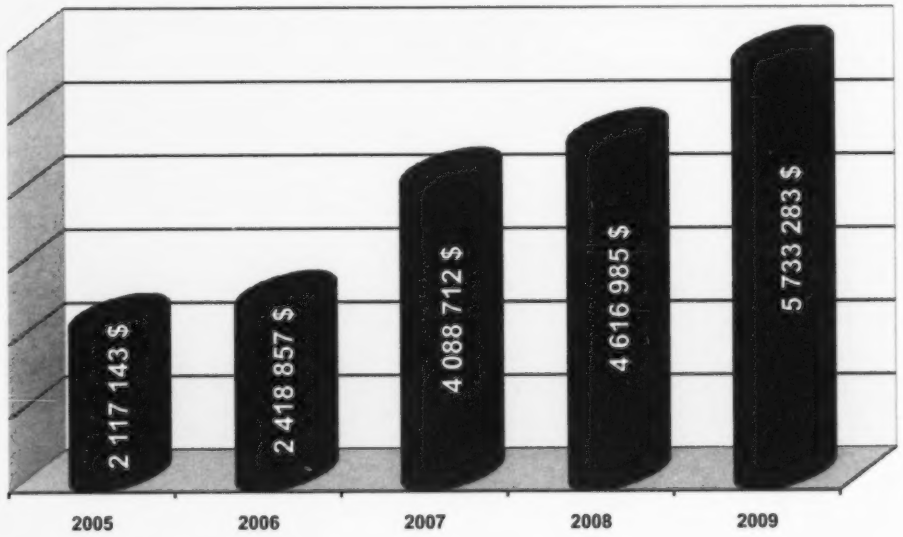
OPERATING FUND - FUND BALANCE, INCLUDING RESERVED FUND



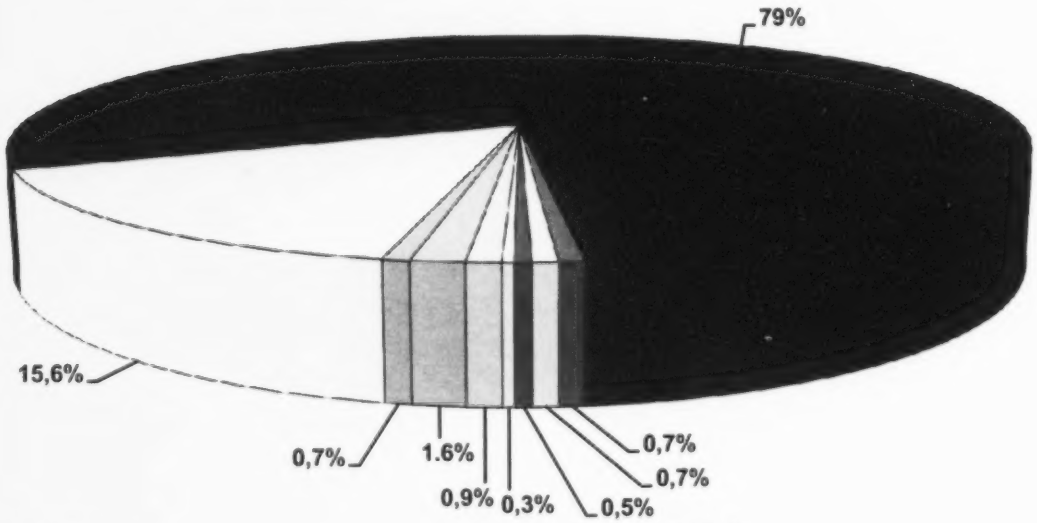
OPERATING FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



ASSIGNED FUND - COMBINED FUND BALANCE



ASSIGNED FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



- I.N.A.C.
- Health and Social Services
- C.S.S.T.
- National Aboriginal Health Organization
- Others
- Health Canada
- Health Centres contributions
- Makivik Corporation
- Aboriginal Healing Foundation

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓪᓚᕆᑦ ᐃᓚᖓᔪᓂᖅᑎᑦ ᐱᔪᓐᓇᖅᓯᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᐊᑦᓯᑕᐅᓯᒪᔪᓂᖏᑦ
ᐃᑦᔨ 31, 2009

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓪᓚᕆᑦ ᐃᓚᖃᓕᓴᐅᔪᑦ ᐱᔭᕇᖃᑎᒌᖏᑦ ᑲᑎᕪᓕᐊᓂᖏᑦ
ᐲᓇᐅᔨᓕᓚᔨᑎᑦ ᐊᓯᓪᓚᔨᐅᒪᔭᕐᓂᖏᑦ
ᐃᓕᖅ 31, 2009

ᐃᓚᓕᕐᓂᖏᑦ

	ᓴᓇᔨᓂᖅ
ᑕᒪᓕᒃᖢᖅᓯᐅᑎᑦ ᑐᓴᕐᑎᓯᓚᐅᖅᓱᒪ	1
ᐃᓕᓴᐃᖅᑎᑎᓴ 1	2
ᐃᓕᓐᓂᕐᓂᑎᓯᓂᖅᓴᒍᑦ ᐲᓇᐅᔭᑦ	
ᑲᑎᒪᔨᖅ	3
ᑲᑎᒪᔨᓕᕐᑕ ᐊᓯᓪᓚᔨᐅᒪᔭᕐᓂᖏᑦ	4
ᐊᓯᓪᓚᔨᐅᒪᔭᕐᓂᖏᑦ	5
ᐱᐅᓯᖏᓐᓄᐅᕐᓂᕐᑐᑎᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᑕᐅᔭᑦ	6
ᐲᓇᐅᔭᖏᑎᒃᓴᓇᑦ	
ᑲᑎᒪᔨᖅ	7
ᐊᓯᓪᓚᔨᐅᒪᔭᕐᓂᖏᑦ	8
ᑐᖓᓕᓕᐅᖏᓚᐅᔭᑦ ᐲᓇᐅᔭᑦ	
ᑲᑎᕐᓂᖓᓯᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖅ	9
ᐅᐊᕈᑎᒋᓯᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᕐᑕ ᐊᓯᓪᓚᔨᐅᒪᔭᕐᓂᖏᑦ	10
ᐲᓇᐅᔭᓕᓴᐃᖅᑎᑎᓴᕐᑕ ᑐᐱᓇᕈᑎᓂᕐᓂᖏᑦ	13

PRATTE, BÉLANGER
ᑭᓇᐅᔭᓕᕆᔨᒃ ᐊᒻᒪᓗ ᑕᒪᓯᒪᓕᕆᔨᖅᓂᐊᑎᒃ
PRATTE, BÉLANGER COMPTABLES AGRÉÉS INC.
PRATTE, BÉLANGER CHARTERED ACCOUNTANTS INC.

ᑕᒪᓯᒪᓕᕆᔨᓂᐅᑎᒃ ᑐᓴᖅᑎᓯᒪᔪᖅᑎᑦ

ᑲᑎᖅᖁᓯᓄᑦ
ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᓕᕆᓂᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᐱᖓᓱᓕᕆᔨᒃ ᑲᑎᖅᖁᓯᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᓕᕆᓂᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᑲᑎᖅᖁᓯᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᓕᕆᓂᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᓕᒫᒃ ᐃᓕᓴᕐᓂᓕᕆᓂᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᑲᑎᖅᖁᓯᓄᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᓕᕆᓂᖅᓯᒪᔪᓄᑦ ᐱᖓᓱᓕᕆᔨᒃ

ᑕᓪᓚᓯᒪᔨᖅᓯᓂᐅᑦ ᑐᓴᖅᑎᓯᒪᔪᖅᓱᒐ (ᑲᔨᓯᒪᔨᖅ)
ᐃᓕᓴᕐᕕᐅᑎᓂᖅ 1

I) <u>ᐃᓚᓐᓴᑲᐅᑎᖅᑲᖏᖅᑐᑦ ᖃᓄᐃᖏᖅᓯᓯᒪᔪᓂᖅᓴᕐᕕ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖓᓂᑦ</u>

ᐅᖃᖅᑕᐅᓯᒪᓚᓪᓚᑦ ᐊᑕᓂᓯᒪᔨᓂᐅ 10, ᒪᓂᓴᖅᓂᒃ ᐱᑕᖃᖅᖏᖅᓯᐅᔪᖅᓱᓚᓄᑦ ᐱᓇᓯᒪᔪᓂᓕᓂᐅ ᐊᑐᕐᓂᔪᓂᖓᓂᑦ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖓᓂᑦ ᖃᓄᐃᖏᖅᓯᓯᒪᔪᓂᓴᕐᕕ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖓᓂᑦ, ᑕᓪᓕᓯᒪᔨᖅᓯᓯᐅᓂᓂᒃ ᐱᓗᐊᕈᑎᓇᓯᓯᒪᔪᖅᖏᓚᐅᑦ ᐊᑐᕐᓂᔪᓂᖓᓂᑦ ᖃᓄᐃᖏᖅᓯᓯᒪᔪᖅᖏᓚᓄᑦ ᖃᓄᐃᖏᖅᓯᓯᒪᔪᓂᖅᓴᕐᕕ ᐱᓕᕆᓂᔪᓂᖓᓂᑦ.

ᐊᓪᓚᓗᑎᐊᓪᓕᓐᓂᒃ, ᒡᒃᔪᐊ ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ ᓯᖏᓪᓕᔪᐊᑕᐅᔨᓚᖅᖏᖅᓯᑦ ᔪᐯᓪᒥ ᐃᓗᓯᓂᓇᓂᖅᓴᕐᕕᒃ ᐃᓄᓂᓇᓂᖅᓴᕐᕕᓗ ᐱᒍᓯᐅᓚᓪᒥᒍᑦ.

II) <u>ᓂᐅᐃᖅᓂᒍᑦ ᐊᖏᕈᖓᓚᐅᓱᑦ</u>

ᑐᑭᓯᓇᖅᑎᑕᐅᓚᓪᓚᑦ ᐊᓪᓕᓯᒪᔨᓕᒥ 11-ᒥᓪᑐᒥ, ᐃᓗᓯᓂᓇᓄᓴᖅᔪᓂᑦ ᒪᓂᓚᖅᓴᓯᒪᔨᖅᖏᓚᐅᑦ ᐱᓇᓯᒪᔪᓂᖅᓱᕐᓂᑎᓂᓗ ᐊᐅᓂᑕᐅᖅᔪᒪᓂᖅᓴᕐᕕᓂᓂᒃ ᓂᐅᐃᖅᓴᑦ ᓂᐅᐃᖅᓴᖅᑕᓯᒪᔨᓂᑦ ᐊᖏᕈᖓᓚᖅᑎᓂᒪᔪᖅᓱᕐᓂᑎᓂᖅᑎᑦ ᐊᓪᓚᓗᑎᐊᓪᓕᓐᓂᒃᓯᓂᓗᓐᓂᒃ ᐊᑭᑐᓂᓯᒪᔨᓂᐅᓂᒃᓴᓂᐅᑎᓂᖅᓴᕐᕕᒃ.

PB

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥᑦ ᐃᓗᐊᓕᕆᓂᖅᑎᑦ ᐱᔪᓐᓇᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᒋᑦ
ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᐊᐅᓚᔪᓕᑦ-ᑲᑎᒪᓂᖅᓴᓐ
ᐃᓕᓴ 31, 2009

	2009 $	2008 $
ᐱᔪᓐᓇᖅᓄᑦ		
ᑭᓇᐅᔭᕐᓗᐃᑦ ᐃᓄᓐᓇᐅᑉ	**1,540,879**	592,978
ᐃᓂᖏᓐᓂᐊᕐᓂᖅ ᐃᓄᓐᓇᐊᑉᐸᑦ (ᐊᑦᓚᓂᒪᓕᕆᔨᖅ 1 ᐊ)	**1,206,115**	2,759,321
	2,746,994	3,352,299
ᐊᐱᕆᔭᐅᑎᓪᓗᑎᑦ		
ᐊᐱᕆᔭᐅᑎᓪᓗᑎᑦ ᐊᐱᕆᔭᐅᑎᒋᔭᐅᓂᒃ	**2,070,412**	1,782,848
ᐃᓕᓴᕆᔨᑦᓯᓂᒪᓕᕆᔨᓄᑦ ᐊᐃᑦᐃᓐᓇᑦ	**5,057,396**	4,628,131
ᓄᑦᑎᑕᐅᓯᓂᒪᓕᕆᔨᖅ ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ (ᐊᑦᓚᓂᒪᓕᕆᔨᖅ 2)	**125,000**	-
	7,252,808	6,410,979
ᑭᓇᐅᔭᕐᓗᐃᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓴᓐ		
ᑭᓇᐅᔭᕐᓗᐃᓕᓐ ᑲᑎᒪᓂᖅᓴᓐ	**(4,505,814)**	(3,058,680)
	(4,505,814)	(3,058,680)
	2,746,994	3,352,299

ᑲᑎᕐᕕᒃᓴᐅᓂᒃ ᐱᔪᓐᓇᕐᓂᖅ:

_____, ᑲᑎᕐᕕᒃᓴᐅ

_____, ᑲᑎᕐᕕᒃᓴᐅ

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᓕᕆᓂᖅᐸᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦᑐᖅ
ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᐊᐅᓚᔪᓂᑦ-ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᓐᓂᖏᑦᑕ ᐊᓐᓇᑕᐅᓪᓚᔪᓂᖏᑦ
ᐊᖏᖅᔪ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒪᑦ 31, 2009

	2009 $	2008 $
ᑭᓇᐅᖏᑦ-ᐊᖏᖅᔪᑦ - ᐱᒋᐊᖓᓂᒃᓴᓂ	**(3,058,680)**	(2,804,353)
ᐋᖏᕐᑭᒋᐊᓚᔪᓂᑦ - ᐊᖏᖅᓂᒋᖓᓄᑦ	**535**	-
ᑭᓇᐅᔭᖏᑐᓄᐅᑭᒋᐊᓚᐅᖅ (ᖁᓕᕆᐅᑎᔪᓂᑦ) ᑭᓇᐅᔭᖏᔪᑎᓂᑦ	**(1,266,105)**	(464,917)
ᐊᒋᐊᓱᐃᐅᑦ - ᐱᐅᓯᕿᑐᓂᒋᑐᑎᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᖓᓕᔪᓂᑦ	**(181,564)**	210,590
ᑭᓇᐅᔭᖏᔪᓂᑦ - ᐊᖏᖅᔪᑦ ᐃᓱᓂᓂᒃᓴᓂ	**(4,505,814)**	(3,058,680)

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓪᓚᕆᑦ ᐃᓚᓯᕋᓂᖅᓯᒪᔪᑦ ᐱᒋᐊᕐᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕᑦ
ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᐊᐅᓚᑦᑎᓂᖅ
ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᐃᑎᖅᑐᑦ ᐊᑐᖅᑕᐅᔪᓐᓇᓕᒫ ᐊᓪᓚᕆᐅᑉᐳᓚᐃᑎᖅᑕᑦ
ᐊᖏᖅᒍ ᐃᓕᓴᕐᑐᖅ ᐆᑦ 31, 2009

	2009 $	2008 $
ᑭᓇᐅᔭᖏᑦ		
ᖃᓄᐃᖅᑲᓇᕐᓂᖅᓄᑦ ᐃᓄᓕᕐᓂᓪᓗ-ᐱᐅᓯᖅᑎᑎᒍᑦ		
ᐊᐅᓚᑦᑎᓂᖅᑕᑦ	**4,558,961**	4,366,209
ᐃᓪᓗᓂᑉ ᐊᑦᑕᑐᓕᕆᑦ	**378,391**	327,978
ᖃᑐᖅᑎᓕᐊᑦ	**33,360**	90,388
ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕐᓂᖅᓯᒪᑦ ᐊᑭᑦ	**179,610**	166,929
ᓄᓇᕗᑦᐆᑎᒍᑦ ᐱᒋᐊᖅᑐᐃᑦ	**246,296**	210,793
ᐃᐯᓕᒥ ᐋᓐᓂᐊᓯᐅᑦᓂᓚᐅᖅᑕᑦ ᐊᑦᓚᖏᑎᓂᖅᑕᑦ	**68,590**	74,811
ᐊᓯᖏᑦᑕ ᑭᓇᐅᔭᑦ	**14,984**	49,462
	5,480,192	5,286,570
ᑭᓇᐅᔭᑦ ᓄᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ - ᐊᖏᖅᒍᑦ ᐱᑎᐊᖅᓂᖓᓂ	-	-
ᑭᓇᐅᔭᑦ ᓄᑎᑕᐅᓯᒪᔪᑦ - ᐊᖏᖅᒍᑦ ᐃᓯᓂᖓᓂ (ᐊᑦᓚᓯᒪᔪᖅ 2)	**(125,000)**	-
	(125,000)	-
	5,355,192	5,286,570
ᑭᓇᐅᔭᖏᑕᐅᓕᕆᑦ		
ᐊᐅᓚᑦᓯᓂᓕᕐᓂᖅᓄᑦ	**4,921,666**	4,273,007
ᓄᓇᕗᓂᓂ ᖃᓄᐃᖅᑲᓇᕐᓂᖅᓄᑦ	**989,945**	928,630
ᐃᓪᓗᓂᓕᕐᓂᖅᓯᒪᑦ ᐊᑭᓕᖏᑐᐃᓪᓗᓂᖅᓄᑦ	**709,686**	549,850
	6,621,297	5,751,487
ᑭᓇᐅᔭᖏᑐᓂᐊᑕᐅᑎᐅᓯᒪᔪᖅ (ᖃᓄᖅᑕᐅᑎᓪᓗᓂᑦ) ᑭᓇᐅᔭᖏᑎᓂᑦ	**(1,266,105)**	(464,917)

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᓯᓚᓂᔪᓐᓇᖅ ᐱᔪᓐᓇᖅᓄᓪᓗ ᑲᑎᒪᔨᖅᑕᐅᓂᖅ
ᐃᓐᓇᕐᓂᑎᑦᓯᔪᓂᑦ -ᐱᐅᓯᔪᓄᐅᔾᔨᖅᑕᑐᑎᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᑎᑦᓯᔪᓂᑦ
ᐊᕐᕌᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᐆᑦ 31, 2009

	ᐲᓇᐅᕐᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅ ᐊᒥᐊᓂᖅ	ᐲᓇᐅᕐᑦ	ᐲᓇᐅᔨᕐᑕᐴᓂᑦ	ᐊᑎᓯᓗᐊᖅᐸᓂᑦ (ᖃᓄᖅᑭᐅᔪᓂᑦ)	ᐲᓇᐅᔨᐃᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅ ᐊᕐᕌᒍᓂᖅ
	$	$	$	$	$
ᐊᑐᐃᓐᓇᐲᕐᑎᓂᖅ ᐱᓇᓱᐊᑎᓕᐅᑦᓂᓪ				
ᐅᐯᓪᓂᑦ ᑲᑕᒪᓐᒪᑦ ᐲᓇᐅᔨᖃᕐᑎᓂᐊᕐᓂᑎᑦᓯᔪᓂᑦ					
ᐊᓂᓕᐊᓂᐅᑦᑎᓂᓪ ᓄᕐᖃᒃᑕᑎᑦᓂᐊᕐᒥᓂᑦ	30,321	-	-	-	30,321
ᐊᓂᓕᐊᒪᓕᐊᑦᑐᓂᓪ ᒪᓕᑦᑎᑦ	63,388	-	30,321	-	-
ᑎᒍᐊᑦᑐᑦ ᐊᑦᓚᕐᓇᑎᓐᓂᑦ	150,000	-	63,388	-	31,564
	243,709	-	150,000	-	150,000

ᓄᓇᕗᒻ ᓄᓇᓕᒫᒃ ᐃᓗᐊᓕᕆᓂᖅᑎᑦ ᐱᔪᓐᓇᖅᑐᓂᒃ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᓂᒃ
ᑭᓇᐅᔭᖏᑦᑐᒪᓕᕆᓂᒃ-ᑲᑎᕐᓂᖓ
ᐃᓂᒃ 31, 2009

	2009 $	2008 $
ᐱᐅᓱᖏᑦ		
ᑐᖓᓯᒪᓂᖅᓯᒪᔪᓂᒃ ᑭᓇᐅᔭᖏᑦ		
ᖃᓄᐃᑎᖏᑦ ᐊᓂᓕᒫᑦᑐᓗ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᒃ	**2,589,086**	2,258,057
ᐃᓂᓗᖏᑦ	**5,998,391**	5,935,908
ᐃᓂᓗᐃᓂᒃ ᐱᐅᓂᖅᐊᓕᖃᑎᖓᓂᒃ	**318,880**	303,055
ᐊᓂᓕᒫᒃ	**3,841,906**	3,358,265
ᐱᓂᓗᓀᐅᓂᑎᓗᒃ ᐱᐅᓱᐊᕐᓂᒃ	**66,016**	66,016
ᐃᖅᑲᓇᐅᕐᓂᒃ	**139,258**	126,516
	12,953,537	12,047,817
ᑭᓇᐅᔭᖏᑦ ᑲᑎᕐᓂᖓ		
ᑭᓇᐅᔭᖏᑦ ᑲᑎᕐᓂᖓ	**12,953,537**	12,047,817
	12,953,537	12,047,817

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᓕᒻᒥᑦ ᐃᓚᓯᕐᓇᓂᖅᑎᑦ ᐱᔪᑦᑕᓂᖅᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ
ᑭᓇᐅᔭᖓᑎᒪᓕᕆᓂᖅ-ᑲᑎᒪᓂᖅᑎᑦᑕ ᐊᓪᓚᕆᐅᓯᒪᔪᖅᑎᑦ
ᐊᖏᖅᔪ ᐃᓯᓚᑦᑐᖅ ᒪᑦ 31, 2009

	2009 $	2008 $
ᑭᓇᐅᔭᖓᔪᓂᑦ - ᐊᖏᖅᔪᒥᑦ ᐱᒋᐊᖏᓂᖅᓴᓂ	**12,047,817**	11,763,578
ᐱᐅᓯᖓᑎᒪᓕᕆᓂᑦ ᓂᐅᕐᐊᖓᔪᓯᓚᐅᖏᓐᓂᑦ ᐊᐅᓚᔪᑎᑎᔪᑦ	**84,441**	-
ᐱᐅᓯᖓᑎᒪᓕᕆᓂᑦ ᓂᐅᕐᐊᖓᔪᓯᓚᐅᖏᓐᓂᑦ ᑐᖏᓕᓂᐅᖏᓯᓚᐅᖏᓐᓂᑦ	**821,279**	284,239
ᑭᓇᐅᔭᖏᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅᓴᓂ - ᐊᖏᖅᔪᒥᑦ ᐃᓯᓂᓂᖅᓴᓂ	**12,953,537**	12,047,817

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᔪᓂᖅᐸᑦ ᐱᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᓪᓗᒍ ᐊᑐᐊᓕᖅᑐᑦ ᑭᓇᐅᔭᖏᑦ - ᑲᑎᕐᕕᒃᓴᓂᒃ ᑲᑎᒪᓂᕐᓗᒍ
ᐃᓕᓴᕐ 31, 2009

	2009 $	2008 $
ᐱᐅᓯᓂᖅ		
ᐃᓕᓐᓄᐅᑎᓪᓗᒍ ᐱᐅᓯᓂᖅ		
ᑭᓇᐅᔭᕐᓗᒃ	**45,716**	5,296
ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᐃᑎᖕᓇᖅᑐᑦ	**5,057,396**	4,628,131
ᑐᓴᕐᕕᓴᑦ ᐃᑎᖕᓇᖅᑐᑦ (ᐊᓕᓚᓴᕐᓂᖅ 1<)	**90,694,550**	55,425,737
	95,797,662	60,059,164
ᐊᑭᓕᕆᓂᖅ		
ᐃᓕᓐᓄᐅᑎᓪᓗᒍ ᐊᑭᓕᕆᓂᖅ		
ᑭᓇᐅᔭᓕᐊᓕᒥᑦ - ᐊᓂᑕᑐᐊᓂ-ᑭᓇᐅᔭᕐᓂᑎᓕᓐᓇᑦ (ᐊᓕᓚᓴᕐᓂᖅ 3)	**4,738,598**	1,467,795
ᐊᑭᓕᕆᓂᖅ ᐊᑭᓕᕆᔨᕐᓴᓕᓚᓐᓃ	**33,624,288**	22,408,923
ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᑎᓕᓂᐅᓕᕐᑐᑦ	**44,991,764**	21,174,079
ᐱᓕᐅᖅᓱᑎᓂᓕᓴᐃᓂᖅ ᓴᓇᖅᑕᐅᓕᓚᖅ	**1,185,344**	-
ᓴᑐᑎᑦ ᐃᓐᓄᐅᑎᓪᓗᒍ ᐊᑭᓕᕆᓂᖅ (ᐊᓕᓚᓴᕐᓂᖅ 5)	**1,311,900**	4,866,997
	85,851,894	49,917,794
ᓴᑐᑎᑦ ᐊᑭᓕᕆᓂᖅ (ᐊᓕᓚᓴᕐᓂᖅ 5)	**4,212,485**	5,524,385
	90,064,379	55,442,179
ᑭᓇᐅᓕᑦ ᑲᑎᒪᓂᕐᓗᒍ		
ᑭᓇᐅᓕᑦ ᑲᑎᒪᓂᕐᓗᒍ	**5,733,283**	4,616,985
	5,733,283	4,616,985
	95,797,662	60,059,164

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᑦᓯᒪᓂᖅ ᐃᓕᓴᕆᓂᖅᓯᒪᔪᑦ ᐱᒻᒪᕆᐅᓂᖅ
ᐹᓕᐅᔭᐃᑦ ᑐᖏᓚᓕᐅᔪᓂᒪᓕᕆᔨᑦ - ᐅᐊᕈᑎᒋᔪᓂᑎᒃ ᑲᑎᒪᓂᖅᑕᑦ ᐊᓪᓚᑕᐅᓪᓚᒍᑎᓂᖅᑕᑦ
ᐊᑦᖁᒍ ᐃᓱᓕᑦᑐᓂᖅ ᓯᑦᓂ 31, 2009

	ᐹᓕᐅᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐊᑦᖁᒍ ᐱᒋᐊᓂᖅ $	ᐹᓕᐅᑦ $	ᐹᓕᐅᔭᑐᓂᖅ $	ᐊᑦᑭᑎᒋᐊᓗᑎᒃ ᐊᑦᖁᓂᑦᓂᒃ $	ᐹᓕᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐊᑦᖁᒍ ᐃᓱᓕᓂᖅ $
ᐊᐅᓚᑦᓱᓕᓴᕐᔪᐊᑎᒃ					
ᑯᐯᖓᑦ ᑲᑦᒪᒐᖓᑦᑕ ᐹᓕᐅᔭᖅᑎᑎᓱᒪᓂᖅᑕᑦ					
ᐱᓇᓱᐹᑎᑦᓴᓄᒃ ᑕᑦᓇᓱᒪᔪᑦ	(228,069)	-	133,565	-	(361,634)
ᐃᑦᓗᓕᐅᔭᓄᖅ	(77,186)	-	-	-	(77,186)
ᑕᖅᑐᐃᐃᔪᑦ ᑕᓇᐃᓴᑎᒍᔪᑐᑦ	-	-	-	(49,052)	(49,052)
ᐱᑦᓯᑯᐊᓕᓴᕐᓇᒍᓄᒃ ᐃᓕᓴᐅᑎᑦᓱᒪᓂᖅ	29,291	-	-	-	29,291
ᐃᓕᒪᖅᐅᑎᓐᓂᑦ ᐃᓕᒪᖅᐅᑎᖅᖃᖅᑐᑦᓗ ᐃᓗᓱᓕᓴᐅᓂᕐᑎᒍᑦ ᐱᓇᓱᑦᑕᐅᓂᑦ	-	30,696,433	30,696,433	-	-
ᐃᓕᒪᖅᐅᑎᓐᓂᑦ ᐃᓕᒪᖅᐅᑎᖅᖃᖅᑐᑦᓗ ᐃᓗᓱᓕᓴᐅᓂᕐᑎᒍᑦ ᐱᓇᓱᐹᑎᑦᓴᓂᖅ	148,865	275,000	293,789	-	130,076
ᐅᐃᒪᓇᖅᑐᓕᓴᕐᔪᐊᑎᒃ	255,859	1,154,476	1,148,098	-	262,237
ᐊᓂᓕᑦ ᐹᓕᐅᔭᖅᑎᑎᓱᒪᓂᖅ					
ᑐᖏᓚᓕᐅᔪᓂᒪᓕᕆᔨᑦ ᐱᐅᓴᐃᑎᑦ-ᐃᓇᓴᐃᓂᓄᒃ ᐹᓕᐅᔭᖅᑎᑎᓱᒪᓂᖅ	-	6,549,376	6,549,376	-	-
ᖃᓄᐸᒪᐅᓂᖅ	(28,723)	-	4,673	-	(33,396)
ᐱᑦᓇᓱᐹᑎᑦᓴᓇᐃᒃ	-	247,888	247,888	-	-
ᓄᓇᕗᑦᓯᒪᓂᖅ ᐊᐅᓚᑦᓱᓕᓴᕐᔪᐊᑎᒃ	-	259,657	259,657	-	-
	100,037	39,182,830	39,333,479	(49,052)	(99,664)
INUIT VALUES					
ᑯᐯᖓᑦ ᑲᑦᒪᒐᖓᑦᑕ ᐹᓕᐅᔭᖅᑎᑎᓱᒪᓂᖅ					
ᐊᐅᓚᑦᓱᓕᓴᕐᔪᐊᓕᒃ ᐱᒋᐅᔪᖅᓴᐅᓂᖅᓴᖅ	11,134	154,037	65,984	-	99,187
ᐃᖅᓱᑦᑎᓱᓴᖅᑭᑦ	47,034	-	9,848	-	37,186
ᑲᑦᒪᒐᖓᑦ ᐹᓕᐅᔭᖅᑎᑎᓱᒪᓂᖅ					
ᓱᑐᓂᔪᓱᐊᖓᔪᓂᔪᑦ ᑐᖏᓂᖅ	32,716	1,087,654	1,008,114	(15,720)	96,536
ᓄᓇᖅᖁᓕᓴᐃᑦ ᐃᓗᓱᓕᓴᐅᓂᕐᒥᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑎᓱᒪᓂᖅᑕᑦ	-	291,284	64,994	-	226,290
ᐊᓂᓕᑦ ᐹᓕᐅᔭᖅᑎᑎᓱᒪᓂᖅ					
ᓄᓇᕗᑐᖅᓴᓪᓗᑦ ᒪᒥᔪᓂᑦᓯᒪᔪᑦ ᑐᖏᓚᓪᓚᐅᖅᑐᖅᓴᖅ	161,374	401,985	560,268	-	3,091
ᐃᓄᐃᑦ ᑕᐱᓴᑦ ᑲᓇᑕᒥ - ᓄᓇᕗᒪᓕᒍᑦ ᐱᓂᐊᖅᓯᕐᔪᐊᑎᓂᖅᑕᑦ	248,483	173,750	255,495	-	166,738
ᐃᓕᓴᐊᓇᖅᑎᑎᑕᐅᖅᑲᒥᒪᓕᕆᔨᑦ ᐊᐅᖅᑐᓂᖅᑕᑦ	-	167,332	90,803	-	76,529
	500,741	2,276,042	2,055,506	(15,720)	705,557
ᐃᓄᓕᓄᑦ ᖃᓄᐃᓐᓇᑎᓱᒪᓕᕆᓂᖅ					
ᑯᐯᖓᑦ ᑲᑦᒪᒐᖓᑦᑕ ᐹᓕᐅᔭᖅᑎᑎᓱᒪᓂᖅᑕᑦ					
ᑐᓴᐅᑦ ᓱᓕᓄᓐᖅᓄᓂᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦ	(45,248)	-	-	-	(45,248)
ᓂᐲᓂᑦ ᐊᑦᑕᓇᑎᓱᑌᓂᓂᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᑦᑕᐅᓱᑦ	60,675	-	37,743	-	22,932
ᐊᐃᒪᓱᑦ ᐊᑦᖁᑕᐅᖅᖃᓕᓴᐃᑐᖅᓴᓂᒥᓱᑦ ᖃᒪᔪᑦᓂᑦ	(135,753)	-	200	-	(135,953)
ᑐᓴᐲᖅᓱᕋᓱᐊᖅᓂᒥᓱᑦ ᑐᖏᑦᑕᐅᑎᓱᒪᓂᖅ	(31,178)	-	-	-	(31,178)
ᐊᕋᐱ ᓄᓇᐊᖅᓂᓪᓗ ᐊᑦᓂᐊᑕᓇᖅᑕᐅᔪᓐᓇᑐᑦ	42,746	-	60,204	-	(17,458)
ᑎᑎᔪᓐᓇᓐᖅ	6,035	-	-	-	6,035
ᖃᓄᐃᒪᕋᓐᓂᓴᓂᑦ	11,709	-	9,829	-	1,880
ᑐᖏᑦᒪᖅᑕᐅᓂᓴᓂᖅ	1,522	-	1,522	-	-
ᐊᐃᒪᑦᑎᓱᓂᑦᓱᑦ ᐊᑦᓚᑐᐃᔪᓂᑦ	2,563	-	328	-	2,235
	-				-
ᑲᑦᒪᒐᖓᑦ ᐹᓕᐅᔭᖅᑎᑎᓱᒪᓂᖅᑕᑦ	-				-
ᐃᓗᓱᓕᓴᐅᓂᕐᒥᒃ ᖃᐅᔨᓴᐃᑦᓴᖅᑕᑦ	-	-	-	(12,500)	(12,500)
ᓂᐲᑦᓱᖓᓂᒃ ᐃᓕᓴᐅᑎᑦᓱᒪᓂᖅ	13,070	121,565	123,282	-	11,353
ᑲᑦᒪᒐᖓᑦᓂᓂ ᑐᖏᑦᑕᐅᓂᖅ	20,811	-	20,811	(33,066)	(33,066)
ᓄᓇᕗᑦ ᑐᖏᓚᓕᐅᔭᖅᑎᑎᓱᒪᓂᖅ	(138)	138	-	-	-
ᐱᑎᑦᓴᐅᓱᑎᒃ ᐃᑦᖁᓗᔨᑕᐅᓂᓐᓂᑦ	297,532	246,698	251,716	(206,809)	85,705
ᑎᐅᓂᑦ ᐱᑕᑦᓴᖃᓐᓂᖅ	82,732	431,579	431,579	(46,400)	36,332
ᓂᐲᕐᓇᒍᑎᑦ	127,027	261,702	205,779	(78,496)	104,454
ᓄᓇᖅᖁᓕᓴᐃᑦ ᐃᓗᓱᓕᓴᐅᓂᕐᒥᒃ ᐃᓕᓴᐅᑎᖅᑐᓂᒃ ᐱᓇᓱᐊᖅᓂᖅᓴᖅ ᐅᐃᓇᓕᓂᓴᓂᐅᔪᓐᓇᑐᓂᓗ	-	664,787	491,787	-	173,000

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᖓᓂᓂᕐᒥ ᐱᒋᐊᖅᓯᓄᑦ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᑐᕿᓯᐅᑦᓱᒪᔪᑦ - ᐅᐊᕈᑎᑦᓱᑎᓗ ᑲᑎᒪᓂᖅᑕ ᐊᓪᓚᕆᐅᓱᒪᓂᖏᑦ
ᐊᖏᖕᒪ ᐃᓱᓕᑦᑐᖅ ᒪᑦᓯ 31, 2009

	ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐊᖏᖕᒪᓂᖅ	ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ	ᑭᓇᐅᔭᓐᓇᕐᓂᖅ	ᐊᓯᖏᓪᓗᐊᓂᑦ ᐊᖏᖕᒪᑦᓯᓚᐅᖅ	ᑭᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐊᓱᓕᓂᖅᓯᒪᓂᖅ
	$	$	$	$	$
ᐃᓄᓕᒫᑦ ᖃᓄᐃᓐᓇᕐᓱᐊᖏᓕᕆᓂᖅ (ᑲᔪᓱᔪᖅ)					
ᐊᓱᓂᑦ ᑭᓇᐅᔭᖃᑎᖅᑐᐊᔪᓂᑦ					
ᐊᓂᓈᐊᑦᓯᒪᓂᖅ ᐊᖏᓪᓗᐊᑦᑎᓯᓚᐅᖅ	212,208	295,541	304,373	-	203,376
ᑭᓄᓐᓄᐅ	46,586	54,192	86,804	-	13,974
ᐊᓂᓈᐊᑦᓯᒪᓂᑦᓱᓂᑦ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ	10,000	-	-	-	10,000
ᑲᔪᓐ ᐱᓕᕆᔨᓱᓂᑦ ᑕᓪᓕᒪᓂ ᐃᓕᓴᐅᔪᓄᑦ	221,706	52,250	108,941	-	165,015
ᐅᑭᐅᖓᑕᒥ ᐱᓇᓱᐊᑎᑦ	33,839	-	5,855	-	27,984
ᓱᓕᓇᖓᔪᓂᖅ ᖃᐅᔨᓴᕐᓂᖅ	(63,984)	-	8,595	-	(72,579)
ᑭᒍᑎᓇᖅᑐᓂᖅ ᐅᓱᑭᓴᓐᓂ ᐃᓕᓴᐅᔪᓂ	11,702	-	-	-	11,702
ᐊᓂᓈᐊᓇᐅᓴᓐᓂ - "ᖃᓄ" ᓄᖅᖃᓂᒪᓕᒐᒪ"	65,242	-	20,307	-	44,935
ᓄᓇᖃᖅᑎᓪᓗᒍ ᐃᓚᖓᓂᓂᕐᒥ ᓇᐅᑦᓯᔪᓐᓇᖅ ᑲᓇᑕᒥᒃ	-	137,391	110,881	-	26,510
	991,404	2,265,843	2,280,536	(377,271)	599,440
ᐊᔪᓕᐊᓯᓂᖅ ᐱᓇᓱᑎᓕᐅᑦᓴᓄ					
ᓄᐯᓐᓄᑦ ᑲᓪᒥᒪᓂᖅᑕ ᑭᓇᐅᔭᖃᑎᖅᑐᐊᔪᓂᑦ					
ᐊᐅᓚᑦᓯᔭᑦ ᐱᒋᐅᓴᖅᑲᐅᔪᓂᑦ	17,958	22,964	11,563	-	29,359
ᓄᓇᕗᒻᒥᒃᓯ ᐱᔪᓐᔨᔪᓂᑦ-ᐅᐃᓐᑫ ᓄᓇᕗᑦ	327,396	-	327,396	-	-
ᐊᓕᐊᓂᓯᐅᓇᒥᐅᓴᖅᑲᓂᖅ - ᐱᕐᓄᔭᓄᓕᕐᓂᒪᓕᓂᓗ	9,149	484,742	8,832	-	485,059
ᐊᑦᓂᑦ ᐃᓚᓯᓇᔭᐅᓂᖓᓄᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᓂᑦ	61,614	186,158	-	-	247,772
ᐊᓂᑦᑐᐅᓕᓂᓗ ᑲᒪᔨᐅᓂᖅ	(23,121)	-	-	-	(23,121)
ᓄᑎᑎᐅᓕᑦ ᑲᓪᒪᓗᑦ ᐱᔪᓐᔨᖏᓐᓂᑦ	557	-	557	-	-
ᐊᓱᓂᑦ ᐱᓇᓱᔪᓂᑦ	8,011	-	3,830	-	4,181
ᐃᓕᓴᔪᓂᑦ ᐊᒥᐅᓴᓂᓯᔪᓂᓐᓄ	86,300	632,074	595,175	-	123,199
ᓱᓕᑕᓂ ᐊᓂᑦᑐᐅᓕᑦ	(327,469)	-	66,196	-	(393,665)
ᖃᐅᔨᓴᐅᑦᐃᖃᓐᓂᖅ ᑭᓄᓂᐊᖅᓄ - ᐊᓄᓂᐊᐃᐊᓄᑦᓴᓂᓄ	29,931	-	29,931	-	-
ᑭᑦᑭᑕᐅᔪᓄᖏᓪᓕᒍᑦ	40,250	-	-	-	40,250
ᐱᐊᑦᓴᓐᓴᑕᐅᑎᓯᓚᐅᓂᔪᑦ ᐱᓇᓱᐊᖅᑎᓂᑦ	(16,535)	-	-	-	(16,535)
ᐃᓱᓚᒥᑦ ᑎᒥᒥᔪᓄᓗ ᐃᓗᓯᓴᑎᓂᑦ	89,848	-	37,625	-	52,223
ᐱᓄᔪᐊᑦᓂᓇᔪᑎᑦ - ᐃᓗᓯᓴᑎᓂᓄᑦ	23,121	-	23,121	-	-
ᐃᓱᓚᒥᑦ ᐃᓗᓯᓴᑎᓂᑦ - ᐃᓕᒍᑦ ᓴᓐᒥᔨᐅᔪᓄᓂᖏᑦ	72,055	-	8,308	-	63,747
ᐅᐃᒪᓐᑐᑦ ᖃᑐᓐᓂᐅᑐᑦ	44,470	-	17,460	-	27,010
ᐱᓕᓐᓂᑎᓯᓂᐊᖅᑎᓂᓴᓐᓂᑦ - ᑎᒥᒥᔪᑦ ᐃᓗᓯᓴᑎᓂᓄᓂᑦ	5,210	-	5,210	-	-
ᑭᓄᓇᓯᐅᓴᑎᑎᐅᓴᓐᓂᑦ - ᐃᑲᔪᓴᑎᐅᓄᖅ	53,620	-	4,840	-	48,780
ᐱᐊᓗᑦ ᐱᓗᑲᑦᑕᐅᓴᓐᓂᑦ	17,064	-	17,064	-	-
ᐱᐅᔪᓯᓇᓄᑎᔪᑦ ᐱᓄᓗᑕᐅᔪᑦ	629	-	629	-	-
ᐃᓱᒪᓕᓇᓄᖅ - ᑲᔪᐱᓇᓱᔪᖅᑲᓂᑦ ᐃᑲᔪᓴᑎᐅᑎᓴᓐᓂᖅ	54,086	-	-	-	54,086
ᐃᓚᒥᓄᔪᓴᑎᓂᓯᑌᓕᓄᖅ	-	153,032	-	-	153,032
ᑭᓄᑦ ᐱᓗᑲᑕᐅᖅᑲᓂᓐᓂᑦ	227,079	50,000	47,598	-	229,481
ᓄᓇᕗᓄ ᑎᒥᐅᔪᑦ - ᐱᒋᐅᓴᓂᑦᓱᓄᖅ	150,570	120,000	13,864	-	256,706
ᐃᓕᓇᓄᖅ - ᓴᓚᒥᔪᓂᑦ ᑭᓄᓇᓱᐅᑕᐅᔪᓂᓄ	168,007	125,254	18,557	-	274,704
ᐃᓚᒥᓄᔪᓂᓯᑌᓄᖅ - ᓄᓇᕗᓕᒫᓄᑦ ᕿᓐᓇᓱᒪᔪᓂᑦ	520,333	-	8,039	-	512,294
ᖁᓕᒥᔪᑦ ᑭᓄᓇᐅᓪᓕᑦ- ᓴᓚᒥᔨᐅᔪᓂᓐᓂᑦ ᐃᑲᔪᓴᑕᐅᔪᓂᓐᓂᑦ	22,528	-	13,729	-	8,799
ᐃᓄᐃᖅᑲᓄᑦ ᐱᑦᓂᔪᔪᓂᑦ	(1,053)	251,165	157,953	-	92,159
ᐱᒋᐅᓴᓂᓯᓄᖅ - ᐱᓇᓱᑎᑎᓄᑦ	75,177	-	-	-	75,177
ᐱᒋᐅᓴᓂᓯᓄᖅ ᐅᐊᒪᓴᑐᓄᑦ ᐱᓄᓴᓐᕿᑐᓄᑦ	1,895	-	-	-	1,895

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓯᒧᑦ ᐃᓚᖓᓕᓂᖅᑎᑦ ᐱᓕᕆᔨᑦ ᐊᒧᓪᓚᕆᓂᖅ
ᐸᓇᐅᔭᐃᑦ ᑐᕐᖏᓕᐅᕙᓪᓕᐊᓂᖅ - ᐅᐊᑭᑎᑦᓯᓂᑦ ᑲᑎᒪᔨᓂᖅ ᐊᑐᓕᐅᓯᒪᔪᓂᖅᑕ ᐊᓂᓕᒃᑯᓯᒪᔪᓂᖅᑕ
ᐊᓂᖏᔪ ᐃᓯᓕᓐᑐᖅ ᒪᓕᑦ 31, 2009

	ᐸᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐊᓂᖏᔪᓂᖅ $	ᐸᓇᐅᔭᐃᑦ $	ᐸᓇᐅᔭᓐᓯᕐᓂᑦ $	ᐊᓯᖏᑎᓇᒪᔪᑦ ᐊᓂᓕᒃᑯᓂᖅ $	ᐸᓇᐅᔭᐃᑦ ᑲᑎᒪᓂᖅ ᐊᓂᖏᔪᓂᖅ $
ᐊᑐᐃᓇᐸᓂᑲᓂᖅ ᐱᓇᓱᒪᑎᓕᐅᔭᓂᓗ (ᑲᔪᓱᔪᖅ)					
ᐃᓕᓱᒍᓂᑦ ᕿᓐᐱᓴᓕᐅᑎᓕᓱᓂᑦ	70,464	-	10,028	-	60,436
ᐅᐱᒃᓴᑐᓇᓂᖅ - ᓄᓇᕗᓯᒧᑎᒍᑦ	79,282	-	27,062	-	52,220
ᐱᒋᐅᓴᑎᓕᓱᒍᑦ ᑲᓴᐊᓇᓴᑐᑐᒃᓯᑦᑕ ᑲᒪᒃᓴᑐᑐᓂᖅ	42,818	-	1,626	-	41,192
ᐃᓱᒪᒋᑦ ᐃᓚᖓᑲᓱᐊᓇᐊᖅᑐᓂᓄᑦ	130,330	-	10,000	-	120,330
ᐅᖅᓇᐅᓴᑎᑎᓱᒃ - ᐯᓇᑦᓱᐃᓐᓂᒃ ᐱᒋᐅᓴᑎᑎᓯᓂᖅ	134,661	-	17,091	-	117,570
ᐃᓱᒪᒋᑦ ᐃᓚᖓᔪᑐᓄᑦ ᑲᑎᒪᓕᒃ	142,215	-	25,311	-	116,904
ᐅᖅᓇᐅᓴᑎᑎᓱᒃ - ᐱᓇᓱᒪᑎᓕᓴᕆᐅᓴᓂᖅ	59,987	-	5,348	-	54,639
ᐊᓐᓂᐊᐱᐊᖅᓂᓴᑦ - ᐱᓇᓱᐊᑭᑎᓴᑦ ᕿᓐᓇᑕᐅᓱᒪᑎᓕᐅᔭᓂᖅ ᓄᓇᕗᓯᒧᓂᓄ	45,000	-	31,600	-	13,400
ᐱᒃᕿᓕᓇᓂᒃᑎᒍᑦ ᐱᓄᓗᒋᓐᓂᑦ - ᓄᓇᕗᑎᒍᑦ ᑲᑎᖅᓴᓕᒃ	18,796	-	1,611	-	17,185
ᐃᓱᒪᒥᒍᑦ ᐱᓄᓗᒋᓐᓂᑦ - ᖃᐅᔨᓴᕆᑕᐅᒍᑎᓂᖅᑕ	210,068	-	158,510	-	51,558
ᑲᕐᒪᑐᖃᓕᒃ ᐸᓇᐅᔭᖃᑎᖅᑐᓂᖅᑕ					
ᐊᓂᓴᖅ ᓄᓇᕗᑦᓂᓗ ᐱᒍᓐᓇᐃᒍᑦ	(30,890)	1,884,822	1,849,070	(87,625)	(82,763)
ᐃᓄᒃᓚᓇᓐᓂᒃ ᐱᒍᓐᓇᖅᑐᓚᐅᓇᒍᑦ	767	25,744	25,767	-	744
ᐃᓕᑎᑎᒍᑦ ᐱᓴᐅᑦᑎᓂᖅ	2,119	169,200	199,035	-	(27,716)
ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓱᒪᓂᒃ ᖃᓄᐃᙳᖅᑐᑦᓂᓚᐅᖅ	(1,910)	820,736	592,974	71,208	297,060
ᐃᒻᒥᓂᖅᑎᑦᓯᑌᓚᒋᔭᒍᑦ ᕿᓐᓇᓱᒪᒍᑎᓂᖅ	66,807	174,500	114,198	(16,084)	111,025
AHTF ᐃᓚᐅᑎᑦᓯᓂᔭᒍᑦ ᕿᓐᓇᓱᒪᒍᑎᓂᖅ - ᐊᓐᓂᐊᐃᑎᒍᑦ ᐱᓇᓱᐊᑦᑕᐅᓴᑦ	35,672	545,356	191,358	-	389,670
AHTF ᓱᙳᑎᐅᓱᓂᔭᒍᑦ ᕿᓐᓇᓱᒪᒍᑎᓂᖅ - ᐃᓱᒪᒋᑦ ᐃᓚᖓᓕᓚᐅᐅᓂᖅ	47,834	969,667	286,566	-	730,935
ᐊᓱᓂᑦ ᐸᓇᐅᔭᖅᑎᑎᑎᒍᓂᖅ					
ᐃᓂᓕᑎᑦᑕᐅᓂᑦ ᐱᒍᓐᓇᖅᑕ	-	140,000	240,000	-	(100,000)
ᐃᒻᒥᓂᖅᑎᑦᓯᑌᓚᒋᔭᖅ	126,785	33,864	49,562	-	111,087
ᐅᐱᒋᔭᐃᑦ ᓴᓪᓴᐅᒪᓂᖅᑐ ᐃᓂᓕᒥᑦᑕᐅᓂᖅᑎᑦ	46,365	-	25,268	-	21,097
ᐱᒋᐅᓴᑎᓕᓱᒍᑦ	58,953	56,371	30,539	-	84,785
	3,024,803	6,845,649	5,310,001	(32,501)	4,527,950
	4,616,985	50,570,364	48,979,522	(474,544)	5,733,283

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓪᓚᕆᓪ ᐃᓅᓯᓕᓴᓂᖅᑎᒋᔭᐅᓂᖅ ᐱᒻᒪᕆᐅᑉ
ᐊᓐᓄᑦᑎᓂᒃ ᐊᓯᔾᔨᕐᓗᒍᑎᓕᐅᕐᓂᖅᓴᖅ ᑐᑭᓯᓐᓂᐊᓕᒫᓂᖅᓴᖅ
ᐃᓕᓴᕐ 31, 2009

1. ᑐᓂᓯᔪᓐᓇᖅ

	2009 $	2008 $
ᐊ) ᐊᐅᓚᓕᔪᓚᑦᑎᓪᓕ ᐊᓐᓄᑦᑎᓂᒃ		
ᖃᓄᐃᓕᖅᑐᐊᓘᓂᒃᓴᓂᓚᓂᖅ ᐃᓄᓕᓚᓂᓯᓐᓄᑦ	**96,278**	255,618
ᐱᓚᔪᓂᑦ ᐊᓐᓄᑦᑎᓯᒪᔨᑎᓂᖅᓴᖅ	**1,320**	28,951
ᒐᕐᔪᓚᓕᔪᓚᑦᑎᓪᓗ ᐊᑭᑭᓚᔪᓚᑦ	**218,337**	231,397
ᐃᓄᓚᓚᔪᐊᓘ ᐊᓪᓗᐊᐃᐊᓘ	**-**	1,633,175
ᑐᓚᓚᐃᐊᓘ ᐊᓪᓗᐊᐃᐊᓘ	**11,294**	282,664
ᖃᓚᑕᑦ ᐃᓄᓚᓚᔪᓐᓇᓪᓗᓂᓚᓂᖅ	**-**	3,617
ᒪᑭᑦᐃᓘ	**908,346**	962,771
	1,235,575	3,398,193
ᐊᑭᓚᓵᔪᐊᓘᔾᔨᓐᓇᑐᓄᓚᓂᖅ - ᐃᓐᓂᓵᑎᓂᔪᓚᑦᑎᓪᓕ	**(29,460)**	(428,273)
ᐊᑭᓚᓵᔪᐊᓘᔾᔨᓐᓇᑐᓄᓚᓂᖅ - ᑐᕐᓕᓚᑕᑦᔪᓚᔪᓄᓚᓂᖅ	**-**	(210,599)
	1,206,115	2,759,321

<) ᑐᕐᓕᓚᑕᑦᔪᓚᔪᓄᓚᓂᖅ ᐱᓕᕆᓕᖅ		
ᖃᓄᐃᓕᖅᑐᐊᓘᓂᒃᓴᓂᓚᓂᖅ ᐃᓄᓕᓚᓂᓯᓐᓄᑦ	**141,059**	126,814
ᖃᓄᐃᓚᓂᒥᒃ ᖃᓄᐃᓕᖅᑐᐊᓘᓂᒃᓴᓂᓚᓂᖅ ᐃᓄᓕᓚᓂᓯᓐᓄᑦ	**3,244,389**	3,751,556
ᖃᓄᐃᓕᖅᑐᐊᓘᓂᒃᓴᓂᓚᓂᖅ ᐃᓄᓕᓚᓂᓯᓐᓄᑦ - ᐃᓗᓕᖅᖃᐅᑎᓂᓚᓂᖅ		
ᐃᓗᓕᖅᖃᐅᑎᓕᖅᖃᖅᑐᑦᓄᓚ ᐃᓄᓚᔪᓚᓂᓯᓐᓄᑦᒧᑦ ᐱᓚᑦᓚᔪᓚᑦ (ᐊᑦᓚᔪᓚᓕᔪᖅ 10)	**29,942,028**	17,710,403
ᖃᓄᐃᓕᖅᑐᐊᓘᓂᒃᓴᓂᓚᓂᖅ ᐃᓄᓚᓚᓂᓯᓐᓄᑦ - ᒪᑭᑦᐃᓘ	**-**	365,275
ᖃᓄᐃᓕᖅᑐᐊᓘᓂᒃᓴᓂᓚᓂᖅ ᐃᓄᓚᓚᓂᓯᓐᓄᑦ - ᓴᐅᑎᑦ	**5,524,385**	10,391,383
ᒐᕐᔪᓚᓕᔪᓚᑦᑎᓪᓗ ᐊᑭᑭᓚᔪᓚᑦ	**1,185,344**	733,898
ᔪᐯᑦ ᐃᑦᓗᓚᓂᖅᓴᖅ	**49,847,080**	21,913,348
ᒪᑭᑦᐃᓘ	**810,265**	433,060
	90,694,550	55,425,737

2. ᐱᓕᕆᔨᔪᑎᑦ ᓄᑦᑎᑕᐅᔪᓚᑦᑎᓪᓕ

ᐱᓕᕆᓂᒃ ᓄᑦᑎᑕᐅᔪᓚᑦᑎᓪᓕ ᐃᒣᓐᓴᒐᑦ:

	2009 $	2008 $
ᐊᓂᔨᓂᓂ ᓄᓇᕗᓂᓗᓂᓄ ᐱᒧᑦᓴᔪᓚᑦ	**125,000**	-
	125,000	-

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓗᓪᓚᓂᓕᕆᓂᖅ ᐱᔪᓐᓇᓂᓪᓕᐅᑎᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᓂᖅ
ᑭᓇᐅᔭᑦ ᐊᓪᓚᑎᑦᑕᐅᓯᒪᔪᑎᖃᖅᑐᑦ ᑐᑭᓯᓇᖅᑐᓂᖅᑐᑦ ᑐᑭᓯᓚᑎᑎᓂᖅᑐᑦ
ᐃᓪᓗ 31, 2009

3. ᑭᓇᐅᔨᓄᑦᓯᒪᔪᑦ ᐊᓪᓚᑎᑦᑕᐅᑦ – ᐱᖓᓱᓕᕆᓪᓚᑦ

ᑭᓇᐅᔨᓄᑦᓯᒪᔪᑦ ᐊᓪᓚᑎᑦᑕᐅᑦ ᐊᑐᓪᓚᑎᑦᑕᐅᓯᔪᖅᑐᑦ ᑭᓇᐅᔨᖅᓯᒪᓕᕆᓪᓚᑦᑎᒍᑦ ᑭᓇᐅᔨᖅᑐᑦᑐᑭᓯᓚᑎᑎᓂᖅᑐᑦᑐᓂ, ᐅᑕᖅᑭᑐᓂᖅᑎᑦ ᑭᓇᐅᔨᓂᖅ ᓄᐯᓄᑦ ᐃᓪᓚᓂᓕᕆᓪᓚᑦᑎᒍᑦᓂᓪᓚᑦ. ᖃᓄᐃᖅᑐᒥᒃᑐᑐᓂᖅ ᖃᖅᑭᓕᒍᓯᖅᑐᖅᑐᑦ ᑭᓇᐅᔨᓄᑦᓯᒪᔪᑦ, ᖃᑐᐃᓐᓇᕐᓂᖅᑐᑦ ᖃᖅᑭᐅᓯᒪᔪᓂᖅᑐᑦ ᐊᑭᑭᓂᓕᕆᔨᓂᖅᑐᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᑦᑕᐅᓯᒪᔪᑦ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑐᑦᑐᓂ ᐅᓂᒃᑳᖅᑐᑦᑐᓂ ᐃᓕᓴᕐᓂᖅᑐᑦ ᐊᓯᖏᓐᓂᖅᑐᑦ.

4. ᑭᓇᐅᔨᓄᑦᓯᒪᔪᑦ ᐊᓪᓚᑎᑦᑕᐅᑦ – ᐃᓚᓯᑎᖃᖅᑐᑦ

ᑭᓇᐅᔨᓄᑦᓯᒪᔪᑦ ᐊᓪᓚᑎᑦᑕᐅᑦᑎᓯᒪᔪᑦ ᓴᓇᔨᑎᐅᓂᐊᓪᓚᑦᑎᒍᑦ ᐃᓚᓯᔪᑎᑦᑎᓂᓕᕆᔨᖅᑐᑦ ᐊᓯᔪᑦᑎᓂᑕᓇᑦᑐᖅ ᐊᓯᔪᖅ ᐊᓪᓚᑎᑦᑕᐅᑦᑎᓯᒪᔪᑦ ᑭᓇᐅᔨᓄᑦᓯᒪᔪᑦ the Canadian Imperial Bank of Commerce-ᑦᑐᑦ ᐃᓕᓴᕐ 1, 2002-ᖓᔪᓂᒃᓗᔪ ᖃᑐᐃᓐᓇᕐᓂᐊᓪᓚᑦᑎᒍᑦᓂᓪᓚᑦ 5.910-ᑦᑐᖅ ᐊᑭᓕᓇᓯᒪᔪᓂᐊᓪᓚᑦᑎᒍᑦᓂᓪᓚᑦ ᐃᓕᓴᕐ 1, 2027-ᒥ. ᒎᓕᐊ ᐊᑭᓕᓇᑎᑦᑕᐅᔪᓂᖅᑐᑦ ᐊᓪᓚᑎᑦᑕᐅᑦ ᖃᑐᐃᓐᓇᕐᓂᐊᓪᓚᑦᑎᒍᑦᑎᒃᓗ ᐃᓚᓯᑎᐅᓯᒪᔪᑦ ᐃᓐᓇᖅᑎᓂᑎᓯᒪᔪᓂᓕ. ᑲᑎᒪᔨᖅᑐᑦ ᐊᓪᓚᑎᑦᑕᐅᑦ ᐊᖏᔪᒃ ᐃᓚᓯᑎᐅᓂᖅᑐᑦ $1,888,874.

5. ᓴᖅᑎᑦ ᐊᑭᓕᓇᐊᓕᑦ

ᓴᖅᑐᑦ ᐊᑭᓕᓇᐊᓕᑦ ᐃᒪᓕᖅᓴᖅᑑᑦ:

	$
ᓴᖅᑎᑦ ᐁᓚᓕ 1, 2000-ᒥᓂᑌᑦ ᐊᑯᓂᖅᑐᑦᑕᐅᓚᓕᒥᑦ ᑭᓇᐅᔨᖅᓴᑎᑎᓯᒪᔪᑎᓂᓕᕆᓂᐊᓪᓚᑦᑎᒍᑦ ᖃᑐᐃᓐᓇᕐᓂᐊᓪᓚᑦᑎᒍᑦ ᐊᑭᓕᓇᐊᓕᑦᑎᓂᖅᑐᑦᑐᓂ; ᐃᓕᓴᕐ 31, 2023-ᒥ ᒎᓕᐊ ᖃᑐᐃᓐᓇᕐᓂᑦ ᐊᖏᔪᑦᑎᐊᑦ ᐊᑭᓕᓇᐊᓕᑦ ᐊᑭᑐᖅᑕᐅᓂᖅᓯᑦ;	4,010,297
ᓴᖅᑎᑦ ᐃᓕᓴᕐ 30, 2001-ᒥᓂᑌᑦ ᐊᑯᓂᖅᑐᑦᑕᐅᓚᓕᒥᑦ ᑭᓇᐅᔨᖅᓴᑎᑎᓯᒪᔪᑎᓂᓕᕆᓂᐊᓪᓚᑦᑎᒍᑦ ᖃᑐᐃᓐᓇᕐᓂᐊᓪᓚᑦᑎᒍᑦ 6.118-ᑦᑐᖅ ᐊᑭᓕᓇᐊᓕᑦᑎᓂᖅᑐᑦᑐᓂ; ᑎᓯᓚᓇ 1, 2015-ᒥ ᒎᓕᐊ ᖃᑐᐃᓐᓇᕐᓂᑦ ᐊᖏᔪᑦᑎᐊᑦ ᐊᑭᓕᓇᐊᓕᑦ ᐊᑭᑐᖅᑕᐅᓂᖅᓯᑦ;	598,332
ᓴᖅᑎᑦ ᐃᓕᓴᕐ 31, 2001-ᒥᓂᑌᑦ ᐊᑯᓂᖅᑐᑦᑕᐅᓚᓕᒥᑦ ᑭᓇᐅᔨᖅᓴᑎᑎᓯᒪᔪᑎᓂᓕᕆᓂᐊᓪᓚᑦᑎᒍᑦ ᖃᑐᐃᓐᓇᕐᓂᐊᓪᓚᑦᑎᒍᑦ 6.118-ᑦᑐᖅ ᐊᑭᓕᓇᐊᓕᑦᑎᓂᖅᑐᑦᑐᓂ; ᑎᓯᓚᓇ 1, 2015-ᒥ ᒎᓕᐊ ᖃᑐᐃᓐᓇᕐᓂᑦ ᐊᖏᔪᑦᑎᐊᑦ ᐊᑭᓕᓇᐊᓕᑦ ᐊᑭᑐᖅᑕᐅᓂᖅᓯᑦ;	915,756
	5,524,385
ᐃᓐᓇᐅᔭᓕᕆᓂᖅ	1,311,900
	4,212,485

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓕᒫᑦ ᐃᓚᓯᕆᓚᓂᖅᑎᑦ ᐱᒍᒪᔨᖏᓪᓗᓂ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦ
ᑭᓇᐅᔭᖅ ᐊᓪᓚᕆᕕᓯᒪᔪᖅᑎᑦᑕ ᑐᑭᓯᓇᖅᑐᓂᖅᑎᑦ
ᐃᓕᓴ 31, 2009

---

6. ᑭᓇᐅᔭᖏᑦᑐᑦ ᐊᓪᓚᕆᕕᓯᒪᔪᖅᑎᑦ

ᒪᓕᒐᓱᐊ ᑭᓇᐅᔭᖏᑦᑐᑦ ᐊᓪᓚᕆᕕᓯᒪᔪᖅᑎᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᑭᑐᒃᓯᒪᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᐊᕐᓇᓯᓂᓚᐅᑦ ᑎᓴᐅᑎᓪᓗᑎᑦ, ᐱᓇᓯᐊᖅᐱᐅᔾᔨᓪᓗ ᑭᓯᓯᐊᖅᑎᓪᓗᑎᑦ. ᑭᓇᐅᔭᖏᑦᑐᖅᑎᑦᑕ ᐊᓪᓚᕆᕕᓯᒪᔪᖅᑎᓪᓗᒍᑎᑦ ᓄᓇᕗᑦ ᐃᓚᓯᕆᓚᓂᖅᑎᑦ ᐃᓄᕐᓯᓚᐅᖅᑎᑦ AS-475-ᒥᑦᑐᑦ ᒪᓕᓯᐅᑎᒃ ᖃᓄᐃᓐᓇᑎᓯᐊᖅᐳᓂᓚᐅᑦᑕᐅᑦ ᐃᓄᕐᓯᓚᐅᑦᑕᓪᓗ ᑐᖅᖢᑕᖅᐱᓚᐅᖅ.

---

7. ᐊᓪᓚᑦᑭᐃᓐᓇᑎᓐᓂᖅᓄᑦ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᓐᓇᑦ

ᐊᓪᓚᑦᑭᐃᓐᓇᑎᓐᓂᖅᓄᑦ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᓐᓇᑦ ᖃᐅᔨᐊᖅᑕᐅᓚᐅᕕᓐᓂᑦ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᓐᓇᑎᐅᓚᐅᖅᑎᓯᒪᓂᖅ ᐊᖅᖁᔭᑦ ᐁᑦᓯᓂᑦ ᖃᐅᔨᓴᓕᓐᓂᐅᕕᓐᓂᑦᑐᒃᓯᒪᓂᖅ.

---

8. ᓯᑐᓂᖅᓚᔪᑦ ᐊᖅᖁᔭᓐᓇᑎᓂᖅᓄᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑎᓂᖅ

ᐃᓕᓴᕆᓚᓂᖅᑎᖅ ᐃᓄᕐᓯᓚᐅᖅᑎᓪᓗ ᑐᖅᖢᑕᖅᐱᐅᕕᓐᓂᑦ ᑯᐯᓕᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑎᑦᑕᐅᓕᕆᔨᒃᑯᑦ 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008 ᐱᓇᐅᔭᓕᕆᓚᓂᓂᓄ ᑐᓴᖅᑎᓯᒪᓂᓂᓄ ᐊᑐᐃᓐᓇᐅᔨᐅᓐᓇᖅᑐᑐᑦ ᒪᓕᒐᓱᐊ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓕᖅᑎᓪᓗᒍᑎᑦ ᐱᓇᐅᔭᓕᕆᓚᓂᖅᑎᑦ ᐊᓪᓚᑦᑭᐃᓐᓇᑎᓐᓂᖅᑎᑦ. ᐊᖅᖁᔭᑦᑕᐅᑦᑕᐅᐅᑦᑕᐅᓇᓱᒃᑐᑦ ᒪᓕᒐᓱᐊ ᐱᔭᕇᖅᑭᓕᖅᑕᑦ 2009-2010-ᒥ ᐱᓇᐅᔭᓕᕆᓚᓂᖅᑎᑦ ᐊᓪᓚᑦᑭᐃᓐᓇᑎᓐᓂᖅᓂᓂ ᓄᐃᑕᑎᑦᓯᔪᓐᓇᑦ.

---

9. ᐱᓇᐅᔭᓕᕆᓚᓂᖅᑎᑦ ᑲᓇᖅᑎᑦᓯᒪᓂᖅᓄᑦ

ᓄᓇᕗᒥ ᐃᓕᓴᕆᓚᓂᖅᑎᑦ ᐃᓄᕐᓯᓚᐅᖅᑎᓪᓗ ᐊᑕᐅᓇᖅᑐᖅ ᐱᓇᐅᔭᖅᓯᐊᓂᖅᑐᒃᓴᓕᑦ ᐃᓅᓂᖅᑎᖅᑎᓯᒪᔪᓂᓄᑦ ᐊᒥᓱᓕ ᑐᖅᖢᓕᐅᖅᓯᓕᕆᔨᓄᑦ. ᐊᖅᖁᔭᑦ ᐃᓕᓴᕆᓚᓂᖅᑎᑦ ᐱᓇᐅᔭᓕᕆᓚᓂᖅᑎᑦ ᑲᓇᖅᑎᑦᓯᒪᓂᖅᓄᑦ ᐊᑕᐅᓇᖅᑐᓕᕆᔨᓄᑦ "ᐃᑲᖅᖁᓪᓗᑎᑦ ᐱᔭᐅᔪᐊᓕᓄᑦ" ᐊᒥᓱᓕ "ᐃᑲᖅᖁᓪᓗᑎᑦ ᐱᓕᕆᔨᓄᑦ" ᓕᔨᓂᖅ ᓇᓗᓇᐃᑦᑕᖏᓐᓄᑦ ᐱᓇᐅᔭᓕᕆᓚᐱᒻᒥᑦ ᐁᑦᓯᓂᑦ ᓄᑦᑎᑲᑦᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑎᑦ.

---

10. ᐃᒪᓕᖅᐅᑎᖅᑲᖅᖁᔭᑎᑦ ᖃᐅᔨᓴᖅᑎᓯᒪᓕᕆᓚᓂᕐᓗᒍ ᐱᓯᓂᓕᖅᑎᑦ

ᓄᓇᕗᒥ ᐃᓕᓴᕆᓚᓂᖅᑎᑦ ᐃᓄᕐᓯᓚᐅᖅᑎᓪᓗ ᐊᖅᑭᖅᑲᑎᒪᔨᔪᓚᐅᖅᑎᖅᑲᖅᖁᔭᑎᑦᑕᐅᑦ ᐃᓕᓴᕆᓚᓂᖅᑎᑦ ᐃᓄᕐᓯᓚᐅᖅᑎᓪᓗ ᑐᖅᖢᑕᖅᐱᐅᕕᓐᓂᑦ ᐃᒪᓕᖅᐅᑎᖅᑲᖅᖁᔭᑎᑦᑕᐅᓕᕆᓚᓂᕐᓗᒍᑎᑦ ᐱᓯᓂᓕᖅᑎᑦ ᑕᒪᓐᓇᖅᑐᖅ 12, 2004-ᖑᔪᓐᓂᓕᒍ ᐊᑯᓂᓕᕆᑐᐃᓐᓇᑎᓐᓂᖅᓄᑦᓯᒪᓂᖅᓄᑦ ᐱᓇᐅᔭᓕᕆᓚᓂᖅᑎᑦᑕᐅᓕᕆᔨᒃᑯᑦ.

ᒥᓂᓇ ᐊᓪᓚᑦᑭᐃᓐᓇᖅᑐᖅ ᑐᑭᓯᓇᖅᑐᓂᖅᑎᑦᑕᐅᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᐃᓄᕐᓯᓚᐅᖅᑎᑦ ᐊᓪᓚᕆᕕᓯᒪᔪᖅᑎᑦ ᐃᓄᕐᓯᓚᐅᖅᑎᓪᓗ ᑲᒪᒋᐊᖅᑐᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᑎᓯᐊᖅᐳᓂᓚᐅᑦᑕᐅᑦ ᓄᓇᕗᒥ ᐃᓕᓴᕆᓚᓂᖅᑎᑦ ᐃᓄᕐᓯᓚᐅᖅᑎᓪᓗ ᐱᓇᐅᔭᓕᕆᓚᓂᖅᑎᑦ ᑐᑭᓯᓇᖅᑐᓂᖅᑎᑦᑕᐅᓕᕆᔨᒃᑯᑦ, ᐊᖅᖁᔭᑦᑐᓂ ᐊᑐᐃᓐᓇᑎᓯᐊᖅᐳᓂᓚᐅᖅᑎᓪᓗ ᒪᓕᓯᐅᑎᒃᑯᑦ ᐊᑕᐅᓇᖅᑐᓕᕆᔨᒃᑯᑦ ᐊᑐᐃᓐᓇᑎᓯᐊᖅᐳᓂᓚᐅᑦᑕᐅᑦ ᐱᓇᐅᔭᓕᕆᓚᓂᖅᑎᑦᑕᐅᓕᕆᔨᒃᑯᑦ.



10. ᐃᒪᒐᖏᑎᖏᖅᑐᑐᑦ ᖃᓄᐃᖅᑲᓇᐊᖅᑐᓂᓚᖅᓯᒪᓂᖅ ᐱᓕᕆᓂᖅᓴᓕᒃ (ᑲᔪᓯᔪᖅ)

ᑌᒪᒪᓂᐊᖅᑎᓂᓗᒍ ᒋᔭᐅᐊ ᒪᓂᒪᐅᒪᓕᖅᑐᑦᑐᓂ ᐱᓇᓱᒍᑎᐅᒪᓕᖅᑐᑦᑐᓂᓗ ᐱᑕᖃᖅᓯᒪᓕᖅᑐᑦᑐᓂ 2005-2006-ᒥ ᑭᓇᐅᔭᓚᓐᓇᒥ. ᓄᑕᐅᓚᑦᑕᐅᓯᒪᒪᓂᓕᐊᖅᑎᓂᓗᒍ ᐊᐪᓂᐊᐊᓚᐊᖅᑎᑦᑐᓂ ᐅᓱᑲᑦᑕᑕᐅᔪᒍᑎᖅᑎᓐᓂᒃ ᒪᓂᒪᖅ ᑕᔪᒪᓂ ᐊᖅᑭᔪᒍᑕᐅᓯᒪᔪᓂ. ᒋᐊᓇ ᒪᓂᒪᖅ ᐃᓐᓇᓂᐊᖅᑎᓐᓂᒃ ᐃᓂᓚᖅᑎᓐᓂᒃ ᐱᐅᓯᖅᑎᑦᑐᓂ ᐱᓕᕆᓂᖅᓴᓕᒃ ᐊᖅᑭᔪᒍᑕᐅᓯᒪᔪᓂ. ᐊᔪᓕᐅᖅᑎᓂᒃ, ᒋᔭᐅᐊ ᐱᓇᓱᖅᑕᓚᓱᐅᓯᒪᔪᓂ ᓄᓇᕗᓕᒫᖅ ᐃᓂᓚᖅᑎᓂᓗᒍ ᐃᓄᐃᓕᐅᖅᑎᓂᓗᒍ ᐱᑎᓐᓂᐅᒍ ᐃᒪᒐᖏᑎᖏᖅᑐᑦᑐᓂᒃ ᖃᓄᐃᖅᑲᓇᐊᖅᑐᓂᓚᖅᓯᒪᓂᖅ ᐱᓕᕆᓂᖅᓴᓕᒃ ᐊᐪᓂᐊᐊᓚᐊᖅᑎᑦᑐᓂ ᑲᑎᒪᔨᖅᑎᑦᑐᓂ ᐱᓕᕆᓂᖅᓴᓕᒃ.

ᒪᓂᒪᖅᑕᖏᑎᖏᖅᑐᑦᑐᓂᓗ ᐱᓇᓱᒍᑎᐅᓪᓚᒃ ᑕᓪᓕᐊᓱᓕᔪᓯᐅᑕᐅᔪᒍᑎᖅᑎᓐᓂᒃᖃᓄᐃᖅᑲᓇᐊᖅᑐᓂᓚᒋᔭᐅᐊ ᐃᒪᒐᖏᑎᖏᖅᑐᑦᑐᓂᓗ ᐱᔾᔪᑎᑦᑕᐅᔪᓐᓇᖅᑐᑦᑐᓂᓗ ᐱᓇᓱᐊᕐᓂᐊᖅᑐᓕᔪᓐᓇᖅᑐᑦᑐᓂᒃ ᐱᓕᕆᓂᖅᓴᓕᒃ ᐃᒪᒐᖏᑎᖏᖅᑐᑦᑐᓂᓗ ᖃᓄᐃᖅᑲᓇᐊᖅᑐᓂᓚᖅᓯᒪᓂᖅ ᐱᓕᕆᓂᖅᓴᓕᒃ.

ᐃᔨᐅᑎᓚᓐᓇᓂᑦᒧᓚᖅᓴᒪᓕᒃ, ᐊᔪᑎᖏᖅᔪᐊᓕᓂᓗ ᐃᓚᒋᔨᐅᒪᒥᑎᓂᓗᒍ ᐃᓂᖅᖃᓚᑦᑕᐅᓴᑦ, ᐊᓂᓂᐊᓕᐅᔪᑕᐅᔪᓂᑕᐅᓴᑦᓗ ᐱᔾᔪᑎᑦᑕᐅᓴᑦᓗ ᓄᓇᕗᓕᒫᖅ ᒋᓚᒋᔭᐅᐊ ᐃᓄᐃᓕᐅᖅᑎᓂᓗᒍ. ᑕᒪᓐᓇ ᓄᐃᑕᑎᑦᒋᔪᖅ 3-ᖏᓂᒃ ᐊᐱᒋᔨᐅᔪᓂᒃ ᐃᒪᒐᖏᑎᖏᖅᑐᑦᑐᓂᓄᓇᕗᓕᒫᖅ ᖃᓄᐃᖅᑲᓇᐊᖅᑐᓂᓚᖅᓯᒪᓂᖅ ᐱᓕᕆᓂᖅᓴᓕᒃ. ᐅᑯᐊ ᑕᒪᓕᕆᓂᖅᓴᓕᒃᓄᓇᕗᓕᒫᖅ ᐃᓄᐃᓕᐅᖅᑎᓂᓗᒍ

ᓄᓇᕗᑦ ᓄᓇᕗᓪᓚᕆᑦ ᐃᓚᖃᕐᓂᖅᓴᖅ ᐱᔪᓐᓇᖅᑐᓂᖅ ᑲᑎᒪᔨᖏᑦ
ᑭᓇᐅᔭᖅ ᐊᓪᓚᕆᕐᓯᒪᔪᖏᖅᑕᑦ ᑐᑭᓯᓇᖅᑎᓯᔪᖏᖅᑕᑦ
ᐃᓕᓴ 31, 2009

11. ᓂᐅᐱᕐᓯᓂᑦ

ᐃᓚᓯᓕᓴᐃᑦ ᓚᓕᖅᖃᖅᑲᖏᖅᑐᑦ ᐱᓇᓯᔪᖏᖅᑎᖃᓪᓚᓐᓚᓂ ᑎᑭᕐᓂᓪᓚᑦ ᓂᐅᐱᖅᓂᓚᑦ ᓂᐅᐱᖅᑲᑦᑕᓯᓯᑎᓪᓚᓂ ᐊᑭᑭᓪᓂᕆᐅᓕᐅᑎᓂᖅ ᐊᑐᑐᖅᑎᔪᓐᓇᖅᑐᑦ ᑕᑭᓯᐊᓂ ᐱᓪᓓᕆᐅᔪᑎᑎᐅᔪᓯᓯᒃ ᐊᓐᓂᖅᑲᑎᑭᓐᓂᕐᓪᓂᖅ ᐱᑕᖅᓴᑎᖅ.

ᐊᒡᒐᓚᑦᐊᓪᓚᓄᖅ ᐃᓅᓪᓗᖅᓴᓯᐊᖅᑭᓪᓂ ᑐᑭᒧᐊᓪᓚᑦᑎᓯᐅᓯᐅᑦ ᐊᖅᑭᑦᑎᖅᓴᒃ ᐅᑭᓪᓚᖅᓴᖅᑐᑦ ᑭᐅᓕᖅᖃᖅᑐᖅ ᑭᓇᐅᔭᖅ ᑐᓴᖅᓴᖅᓯᓚᐅᖅᑎᑦᑎᓂᖅᓯᓪᓂ ᓂᐅᐱᐊᖅᑐᒧᐊᓪᓚᑦ ᓂᐅᐱᐊᖅᑐᓴᓕᐅᑦᑎᓐᓇᒧᓐᓇᖅ ᐊᑭᓐᓄᑦᑐᖅᑐᓂᖅᓯᓪᓂ ᐊᑭᓕᖅᖃᖅᑐᓂᖅ.

12. ᓄᑖᑦ ᐃᓪᓚᐃᑦ

ᐊᖅᖁᒍ ᐊᑐᑎᑎᓪᓚᓄᒍ, ᓄᓇᕗᓪᓕᒪᑎᒍᑦ ᑲᑎᖅᖁᓕᖅᑕᑦ ᐱᓇᓱᐊᓯᓪᓚᐅᕐᔪᑦ ᐃᓪᓚᓂᐅᓯᓯᓱᑎᓵ 54-ᓂᓵ ᓄᑖᓂᓵ. ᑖᓵᔪᐊ ᐃᓪᓚᓂᐃᑦ ᐱᓇᓯᓴᑎᑦ ᐃᓪᓚᓂᓴᖅᑕᑦ ᐱᖅᓯᓯᔪᖅᑐᑦ (6) ᑐᓪᓕᑦᑕᐃᓵ ᐋᓪᓂᐊᐃᐅᔪᑦ ᐃᓪᓚᓂᖏᑎᑖᖅᑕᑦ 25 ᐊᓚᓪᓚᓂ ᐃᓄᓪᓕᓯᐃᓵ ᐋᓪᓂᐊᐃᐅᓵ ᐃᓪᓚᓂᖏᑎᑖᑎᓂᓚᒍ 23-ᓂᓵ.

ᐊᓚᓪᓚᓂ ᑭᓇᐅᔭᓕᖅᓴᓇᐅᓕᐅᔪᔪᒥ 2007-2008 ᓄᓇᕗᓪᓕᒪᑎᒍᑦ ᑲᑎᖅᖁᓕᖅᑕᑦ ᐃᓪᓚᓂᐅᓯᖏᑎᐅᓕᐅᔪᓚᒥᓯᑎᓵ 26-ᓂᓵ ᓄᑖᓂᓵ. ᐱᓇᓯᑎᓵᓗ ᐃᓪᓚᓂᒋᓕᐅᔪᑦ ᐱᖅᓯᓯᔪᖅᑐᓂᓵ (6) ᑐᓪᓕᑦᑕᐃᓵ ᐋᓪᓂᐊᐃᐅᓵ ᐃᓄᓪᓕᓯᐃᓪᓚᑦᓗ ᐋᓪᓂᐊᐃᐅᓵ ᐊᑐᓂᑦ ᖁᓕᓂᓵ (10) ᐃᓪᓚᓂᒋᑎᑎᓚᑦᓵ.

ᐃᓕᓴ 31, 2009-ᒥ ᑲᑎᓯᓚᑦ ᓄᐊᑦᑐᑦ ᐃᓪᓚᓂᐅᑭᑎᑦ ᐅᓄᓪᓂᖅᓕᓂᐅᔪᑦ $19,874,840-ᓂᓵ 2008-2009-ᒥ ᐊᓚᓪᓚᓂ $9,995,842 2007-2008-ᒥ. ᑖᓵᔪᐊ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᔪᑦ ᐊᐅᓕᑕᐅᓂᖅᓂᕐᓂᓕᖅᑐᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᖅᑕᐅᓕᐅᔪᖅᑐᓯᐊᑎᓪᓚᓂ ᐁᐯᓂᑦ ᐃᓪᓚᓂᓪᓚᑭᓐᓂᖅᑐᑦ, ᑖᓵᔪᐊ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓂᖅᓂᑦ ᐱᖅᓯᓯᔪᖅᑐᖅᑕᐅᓂᖅᖁᓪᓕᖅᑕᐅᔪᑦ, ᐊᑐᓕᑕᐅᔪᓕᑦ ᐱᓇᓯᐊᖅᑕᐅᓂᖅᓂᕐᓂᓪᓚᖅᓯᓐᓂᖅ.

ᑭᓇᐅᔭᓕᖅᓴᓕᒥ 2009-2010 ᓴᓇᔪᑦ ᐱᖅᓱᖅᓯᐅᑦ, ᑭᓇᐅᔭᖅᑐᑎᓪᓚᓱᓱᑦ ᐊᑭᖅᑑᑦ ᐊᒻᒪᓗ ᐊᑭᓕᖅᖃᖅᑐᑎᑎᔪᑦ ᐃᓪᓚᓂᐅᓯᓂᐅᑉᓯᓚᑦ ᑭᓇᐅᔭᖅᑎᓪᓚᖅᑐᓂᖅᓂᕐᓂᖅ ᑖᓵᔪᐊ ᑎᑎᕐᓂᖅ ᐊᑐᓕᑕᐅᓂᖅᓂᕐᓂᖅ.

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS

MARCH 31, 2009

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2009

TABLE OF CONTENTS

	Page
AUDITORS' REPORT	1
APPENDIX I	2
OPERATING FUND	
BALANCE SHEET	3
STATEMENT OF FUND BALANCE	4
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES	5
SPECIAL PROJECTS	6
LONG-TERM ASSETS FUND	
BALANCE SHEET	7
STATEMENT OF FUND BALANCE	8
ASSIGNED FUND	
COMBINED BALANCE SHEET	9
STATEMENT OF COMBINED FUND BALANCE	10
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS	13

PRATTE, BÉLANGER
PRATTE, BÉLANGER COMPTABLES AGRÉÉS INC.
PRATTE, BÉLANGER CHARTERED ACCOUNTANTS INC.

AUDITORS' REPORT

Members of the Board
Nunavik Regional Board of Health and Social Services

We have prepared the balance sheets of the Operating Fund, Assigned Fund and Long-Term Assets Fund of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services as at March 31, 2009 and the following statements for the year then ended (note 9) :

- statements of fund balance of the Operating Fund, Long-Term Assets Fund and of the Assigned Fund;

- statements of revenue and expenses of the Operating Fund and of the Assigned Fund.

These financial statements have been prepared from information contained in the annual financial report (Form AS-475) of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services for the year ended March 31, 2009 on which we have issued and auditors' report dated July 7, 2009, including certain restrictions as outlined in Appendix I.

In our opinion, these financial statements fairly summarize the financial information contained in the annual financial report (Form AS-475) of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services for the year ended March 31, 2009.

Pratte, Bélanger

Pratte, Bélanger Chartered Accountants Inc. [1]

July 7, 2009

[1] Chartered accountant auditor permit No. 10085

AUDITORS' REPORT (CONT'D)
APPENDIX I

I) **Insured and Non-Insured Health Benefits**

As described in note 10, due to the absence of the specific policies and procedures required for the administration of the Insured and Non-Insured Health Benefits, we were not able to complete the audit mandate of the Insured and Non-Insured Health Benefits.

Furthermore, the balance of the funds receivable was not confirmed by the Quebec Department of Health and Social Services.

II) **Purchasing Procedures**

As described in note 11, the Regional Board lacked the proper purchasing policies and procedures and purchases were conducted without contracts and /or tenders.

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND - BALANCE SHEET
MARCH 31, 2009

	2009 $	2008 $
ASSETS		
CASH	**1,540,879**	592,978
ACCOUNTS RECEIVABLE (note 1 a))	**1,206,115**	2,759,321
	2,746,994	3,352,299
LIABILITIES		
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	**2,070,412**	1,782,848
DUE TO ASSIGNED FUND	**5,057,396**	4,628,131
DEFERRED REVENUE (note 2)	**125,000**	-
	7,252,808	6,410,979
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	**(4,505,814)**	(3,058,680)
	(4,505,814)	(3,058,680)
	2,746,994	3,352,299

APPROVED ON BEHALF OF THE BOARD:

_____, Member

_____, Member

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND - STATEMENT OF FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2009

	2009 $	2008 $
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR	**(3,058,680)**	(2,804,353)
Adjustment - previous year	**535**	-
Excess (deficiency) of revenue over expenses - Regular operations	**(1,266,105)**	(464,917)
Excess (deficiency) of revenue over expenses - Special projects	**(181,564)**	210,590
FUND BALANCE - END OF YEAR	**(4,505,814)**	(3,058,680)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND - REGULAR OPERATIONS
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES
YEAR ENDED MARCH 31, 2009

	2009 $	2008 $
REVENUE		
Health and Social Services - Regular operations	**4,558,961**	4,366,209
Housing rental	**378,391**	327,978
Interest income	**33,360**	90,388
Administration fees	**179,610**	166,929
Municipal affairs	**246,296**	210,793
Dossier Santé Québec	**68,590**	74,811
Other revenue	**14,984**	49,462
	5,480,192	5,286,570
DEFERRED REVENUE - BEGINNING OF YEAR	**-**	-
DEFERRED REVENUE - END OF YEAR (note 2)	**(125,000)**	-
	(125,000)	-
	5,355,192	5,286,570
EXPENSES		
General administration	**4,921,666**	4,273,007
Community health advisors	**989,945**	928,630
Building operating costs	**709,686**	549,850
	6,621,297	5,751,487
EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENSES	**(1,266,105)**	(464,917)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND - SPECIAL PROJECTS
YEAR ENDED MARCH 31, 2009

	Fund Balance beginning of year $	Revenue $	Expenses $	Excess (Deficiency) $	Fund Balance end of year $
PLANNING AND PROGRAMMING					
Provincial funds					
Nurse retention	30,321	-	-	-	30,321
Escort clinic	63,388	-	31,564	(31,564)	31,824
Documentation of traditional adoption	150,000	-	150,000	(150,000)	-
	243,709	-	181,564	(181,564)	62,145

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
LONG-TERM ASSETS FUND - BALANCE SHEET
MARCH 31, 2009

	2009 $	2008 $
ASSETS		
FIXED ASSETS		
Computer and office equipment	**2,589,086**	2,258,057
Housing units	**5,998,391**	5,935,908
Housing furniture	**318,880**	303,055
Office building	**3,841,906**	3,358,265
Specialized equipment	**66,016**	66,016
Vehicles	**139,258**	126,516
	12,953,537	12,047,817
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	**12,953,537**	12,047,817
	12,953,537	12,047,817

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
LONG-TERM ASSETS FUND - STATEMENT OF FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2009

	2009 $	2008 $
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR	**12,047,817**	11,763,578
Capital assets purchased through the Operating Fund	**84,441**	-
Capital assets purchased through the Assigned Fund	**821,279**	284,239
FUND BALANCE - END OF YEAR	**12,953,537**	12,047,817

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - COMBINED BALANCE SHEET
MARCH 31, 2009

	2009 $	2008 $
ASSETS		
CURRENT ASSETS		
CASH	**45,716**	5,296
DUE FROM OPERATING FUND	**5,057,396**	4,628,131
ACCOUNTS RECEIVABLE (note 1 b))	**90,694,550**	55,425,737
	95,797,662	60,059,164
LIABILITIES		
CURRENT LIABILITIES		
BANK LOANS - LONG-TERM ASSETS FUND (note 3)	**4,738,598**	1,467,795
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	**33,624,288**	22,408,923
TEMPORARY FINANCING	**44,991,764**	21,174,079
CONSTRUCTION IN PROGRESS	**1,185,344**	-
CURRENT PORTION OF BONDS PAYABLE (note 5)	**1,311,900**	4,866,997
	85,851,894	49,917,794
BONDS PAYABLE (note 5)	**4,212,485**	5,524,385
	90,064,379	55,442,179
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	**5,733,283**	4,616,985
	5,733,283	4,616,985
	95,797,662	60,059,164

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF COMBINED FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2009

	Fund Balance beginning of year $	Revenue $	Expenses $	Adjustment previous years $	Fund Balance end of year $
ADMINISTRATION					
Provincial funds					
Strategic planning	(228,069)	-	133,565	-	(361,634)
Housing construction	(77,186)	-	-	-	(77,186)
PACS teleradiology	-	-	-	(49,052)	(49,052)
MEO technology orientation	29,291	-	-	-	29,291
Insured/Non-Insured health benefits program	-	30,696,433	30,696,433	-	-
Insured/Non-Insured health benefits management	148,865	275,000	293,789	-	130,076
Emergency measures	255,859	1,154,476	1,148,098	-	262,237
Other funds					
Fixed assets	-	6,549,376	6,549,376	-	-
Pandemic influenza	(28,723)	-	4,673	-	(33,396)
Technocentre	-	247,888	247,888	-	-
Regional administrative services	-	259,657	259,657	-	-
	100,037	39,182,830	39,333,479	(49,052)	(99,664)
INUIT VALUES					
Provincial funds					
Managerial staff development	11,134	154,037	65,984	-	99,187
Midwifery program	47,034	-	9,848	-	37,186
Federal funds					
Brighter futures	32,716	1,087,654	1,008,114	(15,720)	96,536
Aboriginal health human resources initiative	-	291,284	64,994	-	226,290
Other funds					
Aboriginal healing foundation	161,374	401,985	560,268	-	3,091
ITK - Regional engagement coordinator	248,483	173,750	255,495	-	166,738
Residential school file	-	167,332	90,803	-	76,529
	500,741	2,276,042	2,055,506	(15,720)	705,557
PUBLIC HEALTH					
Provincial funds					
Smoking action plan	(45,248)	-	-	-	(45,248)
Food safety project	60,675	-	37,743	-	22,932
Breast cancer screening program - Regional	(135,753)	-	200	-	(135,953)
Non-smoking advertising campaign	(31,178)	-	-	-	(31,178)
AIDS and STD - Information and prevention	42,746	-	60,204	-	(17,458)
Hepatitis C	6,035	-	-	-	6,035
Nosocomial infections	11,709	-	9,829	-	1,880
Promotion campaign	1,522	-	1,522	-	-
Breast-feeding campaign	2,563	-	328	-	2,235
Federal funds					
Health consultation	-	-	-	(12,500)	(12,500)
NNHC Functionning	13,070	121,565	123,282	-	11,353
Tobacco federal program	20,811	-	20,811	(33,066)	(33,066)
NNHC communication	(138)	138	-	-	-
FASD	297,532	246,698	251,716	(206,809)	85,705
Diabetes	82,732	431,579	431,579	(46,400)	36,332
Perinatal nutritional program	127,027	261,702	205,779	(78,496)	104,454
AHTF healthy living in school and substance abuse	-	664,787	491,787	-	173,000

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF COMBINED FUND BALANCE (CONT'D)
YEAR ENDED MARCH 31, 2009

	Fund Balance beginning of year $	Revenue $	Expenses $	Adjustment previous years $	Fund Balance end of year $
PUBLIC HEALTH (CONT'D)					
Other funds					
Occupational health and safety	212,208	295,541	304,373	-	203,376
Kino Quebec	46,586	54,192	86,804	-	13,974
Injuries prevention research	10,000	-	-	-	10,000
Vaccines B - Sec. 5	221,706	52,250	108,941	-	165,015
Arctic net project	33,839	-	5,855	-	27,984
Inuit health survey	(63,984)	-	8,595	-	(72,579)
Dental health for primary school	11,702	-	-	-	11,702
Literacy learning - "How I quit smoking"	65,242	-	20,307	-	44,935
NAHO health analyst	-	137,391	110,881	-	26,510
	991,404	2,265,843	2,280,536	(377,271)	599,440
PLANNING AND PROGRAMMING					
Provincial funds					
Managers' training	17,958	22,964	11,563	-	29,359
Community network - Nunavik youth	327,396	-	327,396	-	-
Training medical - Legal kit	9,149	484,742	8,832	-	485,059
Women's health program	61,614	186,158	-	-	247,772
Home care	(23,121)	-	-	-	(23,121)
OPHQ Transfer	557	-	557	-	-
Other programs	8,011	-	3,830	-	4,181
Installation premiums and training	86,300	632,074	595,175	-	123,199
External residency in famil[illegible] medicine	(327,469)	-	66,196	-	(393,665)
Consultation with health cer[illegible] - CLSC	29,931	-	29,931	-	-
Cancer	40,250	-	-	-	40,250
Abortion intervention program	(16,535)	-	-	-	(16,535)
Intellectual and physical deficiency	89,848	-	37,625	-	52,223
Specialized supplies - Handicapped persons	23,121	-	23,121	-	-
Intellectual deficiency - Family support	72,055	-	8,308	-	63,747
Young parents	44,470	-	17,460	-	27,010
Service improvement - Physical deficiency	5,210	-	5,210	-	-
Training - Nurse, social workers	53,620	-	4,840	-	48,780
Violence against children	17,064	-	17,064	-	-
Development problems	629	-	629	-	-
Mental health - Training on crisis management	54,086	-	-	-	54,086
Suicide prevention - Training	-	153,032	-	-	153,032
Violence against women - Training	227,079	50,000	47,598	-	229,481
Community organization - Training	150,570	120,000	13,864	-	256,706
Mental health - Support on clinical projects	168,007	125,254	18,557	-	274,704
Suicide prevention - Regional strategy	520,333	-	8,039	-	512,294
Breast cancer - Diagnostic and patient support	22,528	-	13,729	-	8,799
Services to elders	(1,053)	251,165	157,953	-	92,159
Training - Network employees	75,177	-	-	-	75,177
Training workers - Young offenders	1,895	-	-	-	1,895

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF COMBINED FUND BALANCE (CONT'D)
YEAR ENDED MARCH 31, 2009

	Fund Balance beginning of year $	Revenue $	Expenses $	Adjustment previous years $	Fund Balance end of year $
PLANNING AND PROGRAMMING (CONT'D)					
Sexual harassment intervention team	70,464	-	10,028	-	60,436
Youth program - Regional coordinator	79,282	-	27,062	-	52,220
Training on crisis management	42,818	-	1,626	-	41,192
Mental health	130,330	-	10,000	-	120,330
Speech pathology - Training daycare	134,661	-	17,091	-	117,570
Psycho-social committee	142,215	-	25,311	-	116,904
Speech pathology - Program development	59,987	-	5,348	-	54,639
CLSC - Regional development strategy	45,000	-	31,600	-	13,400
Development problems - Regional committee	18,796	-	1,611	-	17,185
Intellectual deficiency - Evaluation chart	210,068	-	158,510	-	51,558
Federal funds					
Home and community care	(30,890)	1,884,822	1,849,070	(87,625)	(82,763)
Disabled adults care	767	25,744	25,767	-	744
Family violence	2,119	169,200	199,035	-	(27,716)
Community mental health	(1,910)	820,736	592,974	71,208	297,060
Suicide prevention strategy	66,807	174,500	114,198	(16,084)	111,025
AHTF Adaptation plan - Clinical projects	35,672	545,356	191,358	-	389,670
AHTF Integration plan - Mental health	47,834	969,667	286,566	-	730,935
Other funds					
Organization of services - Nursing	-	140,000	240,000	-	(100,000)
Suicide prevention	126,785	33,864	49,562	-	111,087
Youth protection reorganization	46,365	-	25,268	-	21,097
National training program	58,953	56,371	30,539	-	84,785
	3,024,803	6,845,649	5,310,001	(32,501)	4,527,950
	4,616,985	50,570,364	48,979,522	(474,544)	5,733,283

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2009

1. ACCOUNTS RECEIVABLE

	2009 $	2008 $
a) Operating Fund		
Health and Social Services	**96,278**	255,618
Employee advances	**1,320**	28,951
GST/QST rebates	**218,337**	231,397
Inuulitsivik Health Centre	**-**	1,633,175
Tulattavik Health Centre	**11,294**	282,664
Indian and Northern Affairs Canada	**-**	3,617
Others	**908,346**	962,771
	1,235,575	3,398,193
Provision for bad debts - Operating fund	**(29,460)**	(428,273)
Provision for bad debts - Assigned fund	**-**	(210,599)
	1,206,115	2,759,321
b) Assigned Fund		
Indian and Northern Affairs Canada	**141,059**	126,814
Health Canada	**3,244,389**	3,751,556
Health and Social Services - INIHB (note 10)	**29,942,028**	17,710,403
Health and Social Services - Others	**-**	365,275
Health and Social Services - Bonds	**5,524,385**	10,391,383
GST/QST rebates	**1,185,344**	733,898
Corporation d'hébergement du Québec	**49,847,080**	21,913,348
Others	**810,265**	433,060
	90,694,550	55,425,737

2. DEFERRED REVENUE

The deferred revenue is composed of the following:

	2009 $	2008 $
Human resources program	**125,000**	-
	125,000	-

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2009

3. BANK LOANS - LONG-TERM ASSETS FUND

The bank loans are used to cover capital expenses, awaiting the reception of the funds from the Corporation d'Hébergement du Québec. They are composed of ten (10) revolving authorized credit margins with the Canadian Imperial Bank of Commerce, bearing interest at prime rate and maturing at different dates.

4. BANK LOAN - CONSTRUCTION

A bank loan was contracted for the construction of the duplexes in Kuujjuaq, the said loan was issued by the Canadian Imperial Bank of Commerce on March 1, 2002 at an interest rate of 5.910% and maturing on March 1, 2027. Payments of principal and interest are considered as an expense of the Operating Fund. The balance of the loan at year end is $1,888,874.

5. BONDS PAYABLE

The details of the bonds payable are as follows:

	$
Bonds, issued April 1, 2000, for the financing of the long-term assets, bearing interest at variable rate and maturing on March 31, 2023. The related interest is payable on a semi annual basis	4,010,297
Bonds, issued March 30, 2001, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 6.118% and maturing on December 1, 2015. The related interest is payable on a semi annual basis	598,332
Bonds, issued March 31, 2001, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 6.118% and maturing on December 1, 2015. The related interest is payable on a semi annual basis	915,756
	5,524,385
Current portion	(1,311,900)
	4,212,485

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2009

6. FINANCIAL STATEMENTS

The present financial statements were prepared upon the request of the Management, for internal use only. The official financial report of the Nunavik Board of Health and Social Services is the AS-475 in conformity with the requirements of the Department of Health and Social Services.

7. COMPARATIVE AMOUNTS

Certain comparative amounts were reclassified in order to better reflect changes in the current year's presentation.

8. PREVIOUS YEARS' ANALYSIS

The MSSS analysis of the 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007 and 2007-2008 financial reports were not available at the time of issuance of the present financial statements. Any adjustments resulting from these analysis will be reflected in the 2009-2010 financial statements.

9. INTERFUND ACCOUNTS

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services operates one bank account that is used for the Operating Fund and the Assigned Fund. At year-end, inter-funds transactions are accounted for and presented as "Due to" and "Due from" one fund to the others.

10. INSURED AND NON-INSURED HEALTH BENEFITS

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) did not sign a specific agreement with MSSS in relation to the Insured and Non-Insured Health Benefits (INIHB). The only available document is a reference framework dated December 12, 2004.

Based on this document, the NRBHSS had the direct responsibility for the management of the INIHB and its related funds. For this purpose the NRBHSS was to elaborate, approve and implement specific policies and procedures for the administration of the program.

However, such policies and procedures did not exist during the 2008-2009 financial year. Only an update of the patients' transportation policy was approved during the 2005-2006 financial year. This policy does not cover all the specific criteria of the INIHB and it is followed and applied only in part. Furthermore, a portion of the funds received by the NBHSS. for the INIHB was reimbursed to the establishments upon presentation of invoices, without any conditions or guidelines.

Due to the absence of the policies and procedures, the specific audit mandate related to INIHB could not be conducted on the majority of the activities and funds related to INIHB.

10. INSURED AND NON-INSURED HEALTH BENEFITS (CONT'D)

Only the portion of the program related to eyeglasses, dental prosthesis as well as medications, medical supplies and equipment outside the region was subject to a special audit. This portion represents about 3% of the total cost of the INIHB. Following is the outcome of this audit:

- The related policies and procedures of Health Canada are followed and applied. A derived draft policy of the NRBHSS was available but no proof of its approval by the Board;
- All expenses could be traced to patients' names on the beneficiaries list;
- Since 2004-2005 is the first year of application of the INIHB, no historical data was available. It was however clear that eyeglasses and dental prosthesis were claimed only once by the same patient;
- The disbursements related to medications outside the region were not always in line with the list of approved medications of Health Canada. The list of medications of the RAMQ was also used at times;
- It was not evident that generic medications were favoured at all times.

In addition, as of the date of issuance of the present financial statements, the Quebec Department of Health and Social Services did not confirm the balance of the funds payable to the Regional Board in relation to the INIHB. This balance is recorded as part of the accounts receivable as follows:

	$
2005-2006	5,089,613
2006-2007	6,174,464
2007-2008	6,446,326
2008-2009	12,231,625
	29,942,028

11. PURCHASING PROCEDURES

The Regional Board does not have approved purchasing policies and procedures and certain purchases were conducted without any calls for tender and most of the service purchases were not supported by valid contracts.

Furthermore, in most cases, the proof of approval by the Director or the budget responsible was not available with the suppliers' invoices prior to processing.

12. NEW HOUSING UNITS

During the year, the Regional Board undertook a project to construct fifty-four (54) new housing units. These units are for the Board's staff members; six (6) units, for the Tulattavik Health Centre; twenty-five (25) units and for the Inuulitsivik Health Centre; twenty-three (23) units.

Also, during the previous financial year 2007-2008, the Regional Board undertook a project to construct twenty-six (26) new housing units. These units were for the Board's staff members (six (6) units) as well as those of the Tulattavik and Inuulitsivik Health Centres (ten (10) units each).

12. NEW HOUSING UNITS (CONT'D)

As of March 31, 2009, the total accumulated cost of construction amounted to $19,874,840 for the 2008-2009 units and $9,995,842 for the 2007-2008 units. These projects were managed and temporarily financed by the Corporation d'hébergement du Québec. Since the certificates of completions were not received at the Corporation d'hébergement du Québec, the projects were not closed and are actually presented as work in progress.

In the financial year 2009-2010, after closing the construction projects, the capital cost and the long-term debt related to the construction of the housing units will be recorded in the financial statements of the respective establishments.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ÉTATS FINANCIERS SOMMAIRES

31 MARS 2009

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

ÉTATS FINANCIERS SOMMAIRES

31 MARS 2009

TABLE DES MATIÈRES

	Page
RAPPORT DES VÉRIFICATEURS	1
ANNEXE I	2
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE	
BILAN	3
SOLDE DE FONDS	4
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES	5
PROJETS SPÉCIAUX	6
FONDS D'IMMOBILISATIONS	
BILAN	7
SOLDE DE FONDS	8
FONDS AFFECTÉS	
BILAN CUMULÉ	9
SOLDE DE FONDS CUMULÉ	10
NOTES COMPLÉMENTAIRES	13

PRATTE, BÉLANGER
PRATTE, BÉLANGER COMPTABLES AGRÉÉS INC.
PRATTE, BÉLANGER CHARTERED ACCOUNTANTS INC.

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Aux membres du Conseil
Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik

Nous avons préparé les bilans du fonds d'administration générale, du fonds d'immobilisations et des fonds affectés de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik au 31 mars 2009 et les états suivants pour l'exercice terminé à cette date (note 9):

- états du solde du fonds d'administration générale, du fonds d'immobilisation et des fonds affectés;

- états des produits et des charges du fonds d'administration générale et des fonds affectés.

Ces états financiers ont été préparés à partir des informations contenues dans le rapport financier annuel (formulaire AS-475) de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik pour l'exercice terminé le 31 mars 2009 sur lequel nous avons émis un rapport des vérificateurs daté du 7 juillet 2009, incluant certaines réserves tel que décrit à l'annexe I.

À notre avis, ces états financiers résument à tous égards importants, les informations financières contenues dans le rapport financier annuel (formulaire AS-475) de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux du Nunavik pour l'exercice terminé le 31 mars 2009.

Pratte, Bélanger

Pratte, Bélanger comptables agréés inc. [1]

Le 7 juillet 2009

[1] Comptable agréé auditeur permis n° 10085

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS (SUITE)
ANNEXE I

I) Services assurés non-assurés

Tel que décrit à la note 10, étant donné l'absence de politiques et procédures requises à la gestion et à l'administration des services assurés non-assurés, nous n'avons pas été en mesure de compléter le mandat de vérification spécifique es services assurés non-assurés.

De plus, le solde à recevoir de la part du ministère de la Santé et des Services Sociaux n'est pas confirmé.

II) Procédures d'approvisionnement

Tel que décrit à la note 11, la Régie régionale ne possédait pas de politiques et procédures d'approvisionnement. De plus, des achats ont été effectués sans contrat et/ou d'appel d'offres.

PB

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE - BILAN
31 MARS 2009

	2009 $	2008 $
ACTIF		
ENCAISSE	**1 540 879**	592 978
DÉBITEURS (note 1 a))	**1 206 115**	2 759 321
	2 746 994	3 352 299
PASSIF		
CRÉDITEURS ET DETTES COURUES	**2 070 412**	1 782 848
MONTANT DÛ AUX FONDS AFFECTÉS	**5 057 396**	4 628 131
REVENUS REPORTÉS (note 2)	**125 000**	-
	7 252 808	6 410 979
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	**(4 505 814)**	(3 058 680)
	(4 505 814)	(3 058 680)
	2 746 994	3 352 299

APPROUVÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION:

_____, Administrateur

_____, Administrateur

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE - SOLDE DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009

	2009 $	2008 $
SOLDE À L'OUVERTURE DE L'EXERCICE	**(3 058 680)**	(2 804 353)
Ajustement - années antérieures	**535**	-
Excédent (insuffisance) des produits sur les charges - Opérations régulières	**(1 266 105)**	(464 917)
Excédent (insuffisance) des produits sur les charges - Projets spéciaux	**(181 564)**	210 590
SOLDE À LA CLÔTURE DE L'EXERCICE	**(4 505 814)**	(3 058 680)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE - OPÉRATIONS RÉGULIÈRES
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009

	2009 $	2008 $
PRODUITS		
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - Opérations régulières	**4 558 961**	4 366 209
Location de résidences	**378 391**	327 978
Intérêts	**33 360**	90 388
Charges administratives	**179 610**	166 929
Affaires municipales	**246 296**	210 793
Dossier Santé Québec	**68 590**	74 811
Autres revenus	**14 984**	49 462
	5 480 192	5 286 570
REVENU REPORTÉ À L'OUVERTURE DE L'EXERCICE	-	-
REVENU REPORTÉ À LA FERMETURE DE L'EXERCICE (note 2)	**(125 000)**	-
	(125 000)	-
	5 355 192	5 286 570
CHARGES		
Administration générale	**4 921 666**	4 273 007
Conseillers en santé communautaire	**989 945**	928 630
Charges d'opération du bâtiment	**709 686**	549 850
	6 621 297	5 751 487
EXCÉDENT (INSUFFISANCE) DES PRODUITS SUR LES CHARGES	**(1 266 105)**	(464 917)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE - PROJETS SPÉCIAUX
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009

	Solde de fonds au début de l'exercice $	Produits $	Charges $	Excédent (Insuffisance) $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
PLANIFICATION ET PROGRAMMATION					
Fonds provinciaux					
Rétention des infirmières	30 321	-	-	-	30 321
Accompagnement clinique	63 388	-	31 564	(31 564)	31 824
Documentation de l'adoption en milieu autochtone	150 000	-	150 000	(150 000)	-
	243 709	-	181 564	(181 564)	62 145

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'IMMOBILISATIONS - BILAN
31 MARS 2009

	2009 $	2008 $
ACTIF		
IMMOBILISATIONS CORPORELLES		
Équipement informatique et de bureau	**2 589 086**	2 258 057
Résidences et sixplex à Kuujjuaq	**5 998 391**	5 935 908
Mobilier de résidences	**318 880**	303 055
Bâtiment	**3 841 906**	3 358 265
Équipement spécialisé	**66 016**	66 016
Véhicules	**139 258**	126 516
	12 953 537	12 047 817
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	**12 953 537**	12 047 817
	12 953 537	12 047 817

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'IMMOBILISATIONS - SOLDE DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009

	2009 $	2008 $
SOLDE À L'OUVERTURE DE L'EXERCICE	**12 047 817**	11 763 578
Immobilisations acquises par le fonds d'administration générale	**84 441**	-
Immobilisations acquises par les fonds affectés	**821 279**	284 239
SOLDE À LA CLÔTURE DE L'EXERCICE	**12 953 537**	12 047 817

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - BILAN CUMULÉ
31 MARS 2009

	2009 $	2008 $
ACTIF		
ACTIF À COURT TERME		
ENCAISSE	**45 716**	5 296
MONTANT À RECEVOIR DU FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE	**5 057 396**	4 628 131
DÉBITEURS (note 1 b))	**90 694 550**	55 425 737
	95 797 662	60 059 164
PASSIF		
PASSIF À COURT TERME		
EMPRUNTS BANCAIRES (note 3)	**4 738 598**	1 467 795
CRÉDITEURS ET FRAIS COURUS	**33 624 288**	22 408 923
FINANCEMENT TEMPORAIRE	**44 991 764**	21 174 079
RÉSERVE POUR FORMATION	**1 185 344**	-
PORTION À COURT TERME DES OBLIGATIONS À PAYER (note 5)	**1 311 900**	4 866 997
	85 851 894	49 917 794
OBLIGATIONS À PAYER (note 5)	**4 212 485**	5 524 385
	90 064 379	55 442 179
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	**5 733 283**	4 616 985
	5 733 283	4 616 985
	95 797 662	60 059 164

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - SOLDE DE FONDS CUMULÉ
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009

	Solde de fonds au début de l'exercice $	Produits $	Charges $	Ajustement Année antérieure $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
ADMINISTRATION					
Fonds provinciaux					
Planification stratégique	(228 069)	-	133 565	-	(361 634)
Construction de résidences	(77 186)	-	-	-	(77 186)
PACS Téléradiologie	-	-	-	(49 052)	(49 052)
MEO Orientation technologique	29 291	-	-	-	29 291
Programme des services assurés/non-assurés	-	30 696 433	30 696 433	-	-
Management des services assurés/non-assurés	148 865	275 000	293 789	-	130 076
Mesures d'urgence	255 859	1 154 476	1 148 098	-	262 237
Autres Fonds					
Fonds d'immobilisation des établissements	-	6 549 376	6 549 376	-	-
Plan régional lutte pandémie d'influenza	(28 723)	-	4 673	-	(33 396)
Technocentre	-	247 888	247 888	-	-
Services d'administration régionale	-	259 657	259 657	-	-
	100 037	39 182 830	39 333 479	(49 052)	(99 664)
VALEURS INUIT					
Fonds provinciaux					
Développement du personnel cadre	11 134	154 037	65 984	-	99 187
Programme des sages-femmes	47 034	-	9 848	-	37 186
Fonds fédéraux					
Grandir ensemble	32 716	1 087 654	1 008 114	(15 720)	96 536
Initiative ressources humaines en santé autochtone	-	291 284	64 994	-	226 290
Autres fonds					
Fondation de guérison	161 374	401 985	560 268	-	3 091
ITK - Coordonateur régional	248 483	173 750	255 495	-	166 738
Dossier pensionnat	-	167 332	90 803	-	76 529
	500 741	2 276 042	2 055 506	(15 720)	705 557
SANTÉ PUBLIQUE					
Fonds provinciaux					
Plan d'action de lutte au tabagisme	(45 248)	-	-	-	(45 248)
Programme de sécurité des aliments	60 675	-	37 743	-	22 932
Dépistage du cancer du sein - Volet régional	(135 753)	-	200	-	(135 953)
Campagne publicitaire anti-tabac	(31 178)	-	-	-	(31 178)
Sida et MTS - Information et prévention	42 746	-	60 204	-	(17 458)
Hépatite C	6 035	-	-	-	6 035
Infections nosocomiales	11 709	-	9 829	-	1 880
Campagne de promotion	1 522	-	1 522	-	-
Promotion de l'allaitement	2 563	-	328	-	2 235
Fonds fédéraux					
Consultation santé	-	-	-	(12 500)	(12 500)
NNHC Fonctionnement	13 070	121 565	123 282	-	11 353
Programme de tabagisme fédéral	20 811	-	20 811	(33 066)	(33 066)
NNHC Communication	(138)	138	-	-	-
FASD	297 532	246 698	251 716	(206 809)	85 705
Diabète	82 732	431 579	431 579	(46 400)	36 332
Programme de nutrition périnatale	127 027	261 702	205 779	(78 496)	104 454
AHTF - École ne santé	-	664 787	491 787	-	173 000

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - SOLDE DE FONDS CUMULÉ (SUITE)
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009

	Solde de fonds au début de l'exercice $	Produits $	Charges $	Ajustement Année antérieure $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
SANTÉ PUBLIQUE (SUITE)					
Autres fonds					
Santé et sécurité au travail	212 208	295 541	304 373	-	203 376
Kino-Québec	46 586	54 192	86 804	-	13 974
Recherche sur la prévention des blessures	10 000	-	-	-	10 000
Vaccins B - Sec. 5	221 706	52 250	108 941	-	165 015
Projet réseau Arctique	33 839	-	5 855	-	27 984
Enquête sur la santé des Inuits	(63 984)	-	8 595	-	(72 579)
Santé dentaire pour école primaire	11 702	-	-	-	11 702
Alphabétisation - "Comment j'ai cessé de fumer"	65 242	-	20 307	-	44 935
NAHO Analyste en santé	-	137 391	110 881	-	26 510
	991 404	2 265 843	2 280 536	(377 271)	599 440
PLANIFICATION ET PROGRAMMATION					
Fonds provinciaux					
Cadres - Adaptation de la main d'œuvre	17 958	22 964	11 563	-	29 359
Réseau communautaire - Jeunesse du Nunavik	327 396	-	327 396	-	-
Formation trousse médico-légal	9 149	484 742	8 832	-	485 059
Programme de santé des femmes	61 614	186 158	-	-	247 772
Soins à domicile	(23 121)	-	-	-	(23 121)
Maintien à domicile des personnes handicapées (OPHQ)	557	-	557	-	-
Autres programmes	8 011	-	3 830	-	4 181
Primes d'installation et formation	86 300	632 074	595 175	-	123 199
Stage de résidence en médecine familiale	(327 469)	-	66 196	-	(393 665)
Harmonisation des services - Centres hospitaliers - CLSC	29 931	-	29 931	-	-
Cancer	40 250	-	-	-	40 250
Interruption volontaire de grossesse	(16 535)	-	-	-	(16 535)
Déficience physique et intellectuelle	89 848	-	37 625	-	52 223
Fournitures spécialisées - Personnes handicapées	23 121	-	23 121	-	-
Déficience intellectuelle - Support familial	72 055	-	8 308	-	63 747
Jeunes parents	44 470	-	17 460	-	27 010
Amélioration des services - Déficience physique	5 210	-	5 210	-	-
Formation - Infirmières, travailleurs sociaux	53 620	-	4 840	-	48 780
Violence contre les enfants	17 064	-	17 064	-	-
Troubles du développement	629	-	629	-	-
Santé mentale - Formation gestion de crises	54 086	-	-	-	54 086
Prévention du suicide - Formation	-	153 032	-	-	153 032
Violence contre la femme - Formation	227 079	50 000	47 598	-	229 481
Organisation communautaire - Formation	150 570	120 000	13 864	-	256 706
Santé mentale - Support pour projets cliniques	168 007	125 254	18 557	-	274 704
Prévention du suicide - Stratégie régionale	520 333	-	8 039	-	512 294
Cancer du sein - Diagnostique et support au patient	22 528	-	13 729	-	8 799
Services aux aînés	(1 053)	251 165	157 953	-	92 159
Formation - Adaptation de la main d'œuvre	75 177	-	-	-	75 177
Formation des intervenants - Jeunes contrevenants	1 895	-	-	-	1 895

FONDS AFFECTÉS - SOLDE DE FONDS CUMULÉ
FONDS AFFECTÉS - SOLDE DE FONDS CUMULÉ (SUITE)
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2009

	Solde de fonds au début de l'exercice $	Produits $	Charges $	Ajustement Année antérieure $	Solde de fonds à la fin de l'exercice $
PLANIFICATION ET PROGRAMMATION (SUITE)					
Équipe d'intervention sur les agressions sexuelles	70 464	-	10 028	-	60 436
Programme jeunesse - Coordonnateur régional	79 282	-	27 062	-	52 220
Formation sur la gestion des crises	42 818	-	1 626	-	41 192
Santé mentale communautaire	130 330	-	10 000	-	120 330
Troubles de la parole - Formation Centres de la Petite Enfance	134 661	-	17 091	-	117 570
Comité psychosocial	142 215	-	25 311	-	116 904
Troubles de la parole - Développement du programme	59 987	-	5 348	-	54 639
CLSC - Développement régional stratégique	45 000	-	31 600	-	13 400
Troubles de développement - Comité régional	18 796	-	1 611	-	17 185
Déficience intellectuelle - Tableau d'évaluation	210 068	-	158 510	-	51 558
Fonds fédéraux					
Soins à domicile	(30 890)	1 884 822	1 849 070	(87 625)	(82 763)
Soins aux adultes invalides	767	25 744	25 767	-	744
Violence familiale	2 119	169 200	199 035	-	(27 716)
Santé mentale communautaire	(1 910)	820 736	592 974	71 208	297 060
Stratégie pour la prévention du suicide	66 807	174 500	114 198	(16 084)	111 025
AHTF plan d'adaptation - Projets cliniques	35 672	545 356	191 358	-	389 670
AHTF plan d'intégration - Santé mentale	47 834	969 667	286 566	-	730 935
Autres fonds					
Organisation des services - Infirmerie	-	140 000	240 000	-	(100 000)
Prévention du suicide	126 785	33 864	49 562	-	111 087
Réorganisation protection de la jeunesse	46 365	-	25 268	-	21 097
Programme national de formation	58 953	[illegible]371	30 539	-	84 785
	3 024 803	6 8[illegible]649	5 310 001	(32 501)	4 527 950
	4 616 985	50 570 364	48 979 522	(474 544)	5 733 283

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2009

1. DÉBITEURS

	2009 $	2008 $
a) Fonds d'administration générale		
Ministère de la Santé et des Services Sociaux	**96 278**	255 618
Avances aux employés	**1 320**	28 951
Récupération de TPS/TVQ	**218 337**	231 397
Centre de Santé Inuulitsivik	**-**	1 633 175
Centre de Santé Tulattavik	**11 294**	282 664
Affaires Indiennes et du Nord Canada	**-**	3 617
Autres	**908 346**	962 771
	1 235 575	3 398 193
Provision pour mauvaises créances - fonds d'opération	**(29 460)**	(428 273)
Provision pour mauvaises créances - fonds assignés	**-**	(210 599)
	1 206 115	2 759 321
b) Fonds affectés		
Affaires Indiennes et du Nord Canada	**141 059**	126 814
Santé Canada	**3 244 389**	3 751 556
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - SANA (note 10)	**29 942 028**	17 710 403
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - Autres	**-**	365 275
Ministère de la Santé et des Services Sociaux - Obligations	**5 524 385**	10 391 383
Récupération de TPS/TVQ	**1 185 344**	733 898
Corporation d'hébergement du Québec	**49 847 080**	21 913 348
Autres	**810 265**	433 060
	90 694 550	55 425 737

2. REVENU REPORTÉ

Le revenu reporté est composé comme suit:

	2009 $	2008 $
Ressources humaines	**125 000**	-
	125 000	-

3. EMPRUNTS BANCAIRES - FONDS D'IMMOBILISATIONS

Les emprunts bancaires sont utilisés pour financer temporairement les achats d'actifs à long terme jusqu'à l'encaissement des fonds de la Corporation d'hébergement du Québec. Ils consistent en dix (10) marges de crédit auprès de la Banque Canadienne Impériale de Commerce, portent intérêt au taux préférentiel de la Banque et viennent à échéance à différentes dates.

PB

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2008

4. EMPRUNT BANCAIRE - CONSTRUCTION

Un emprunt bancaire a été obtenu pour la construction de duplexes à Kuujjuaq. Il a été émis par la Banque Canadienne Impériale de Commerce le 1er mars 2002 à un taux d'intérêt de 5,910 % et vient à échéance le 1er mars 2027. Les paiements en capital et intérêts font partie des dépenses du fonds d'opération. La balance de cet emprunt à la fin de l'année est de 1 888 874 $.

5. OBLIGATIONS À PAYER

	$
Obligations émises le 1er avril 2000, pour le financement des immobilisations, portant intérêts à un taux variable et venant à maturité le 31 mars 2023. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle	4 010 297
Obligations émises le 30 mars 2001, pour le financement des immobilisations, portant intérêts à un taux de 6,118 % et venant à maturité le 1er décembre 2015. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle	598 332
Obligations émises le 31 mars 2001, pour le financement des immobilisations, portant intérêts à un taux de 6,118 % et venant à maturité le 1er décembre 2015. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle	915 756
	5 524 385
Portion à court terme	(1 311 900)
	4 212 485

6. ÉTATS FINANCIERS

Ces états financiers sont préparés à la demande de la direction, pour usage interne seulement. Le rapport financier annuel statutaire de la Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux Nunavik est le rapport AS-475, tel que prescrit par le ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.

7. MONTANTS COMPARATIFS

Certains montants comparatifs ont été reclassés dans le but de refléter les changements apportés dans la présentation de l'année courante.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2009

8. ANALYSE DES ANNÉES ANTÉRIEURES

Les analyses des rapports financiers 2003-2004, 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007, et 2007-2008 par le MSSS n'étaient pas disponibles au moment de la sortie des présents états financiers. Tout ajustement résultant de ces analyses sera reflété dans les états financiers de l'année 2009-2010.

9. COMPTES INTERFONDS

La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik utilise un seul compte de banque pour les fonds d'opération et les fonds assignés. À la fin de l'exercice, les transactions interfonds sont comptabilisées et présentées comme "montant dû" et "montant à recevoir" d'un fonds à l'autre.

10. SERVICES ASSURÉS NON-ASSURÉS

La Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux du Nunavik (RRSSSN) n'a pas signé d'entente spécifique avec le MSSS reliée aux services assurés/non-assurés (SANA). Le seul document disponible est un cadre de référence daté du 12 décembre 2004.

Selon ce document, la RRSSSN détient la responsabilité directe de la gestion des SANA et de ses fonds. Pour ce faire, la RRSSSN devait élaborer, approuver et appliquer des politiques et procédures spécifiques pour l'administration du programme.

Cependant, ces politiques et procédures n'existaient pas au courant de l'année financière 2008-2009. Seule une politique concernant le transport des patients a été approuvée au cours de l'année 2005-2006. Cette politique n'est suivie et appliquée qu'en partie et ne couvre pas tous les critères spécifiques des SANA. De plus, une portion des fonds reçus par la RRSSSN pour les SANA ont été transférés aux établissements sur présentation de factures, sans aucune condition ou ligne de conduite.

Étant donné l'absence de politiques et de procédure, le mandat de vérification spécifique aux SANA n'a pu être conduit sur la majorité des activités et fonds reliés aux SANA.

Seulement la portion du programme reliée aux lunettes, prothèses dentaires ainsi qu'aux médicaments, fournitures médicales et équipements à l'extérieur de la région a fait l'objet d'une vérification spéciale. Cette portion représente environ 3 % des coûts totaux des SANA. La liste qui suit présente ce qui ressort de cette vérification:

- les politiques et procédures à ce sujet de Santé Canada sont suivies et appliquées. Un projet de politique dérivé était disponible sans qu'il n'y ait aucune preuve de son approbation par le Conseil;
- toutes les dépenses ont pu être retracées aux noms des patients et à la liste des bénéficiaires;
- comme l'année 2004-2005 est la première de l'application des SANA, aucune donnée historique n'était disponible. Cependant, il était clair que les lunettes et prothèses dentaires n'étaient réclamées qu'une seule fois par le même patient;
- la dépense reliée aux médicaments à l'extérieur de la région n'était pas toujours alignée avec la liste des médicaments approuvés par Santé Canada. La liste des médicaments de la RAMQ était parfois utilisée;
- il n'était pas évident que les médicaments génériques étaient en tout temps favorisés.



RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2009

10. SERVICES ASSURÉS NON-ASSURÉS (SUITE)

De plus, le ministère de la Santé et des Services Sociaux n'a pas confirmé le solde à payer à la RRSSSN en lien avec les SANA. Ce solde inclus dans les comptes à recevoir se détaille comme suit:

	$
2005-2006	5 089 613
2006-2007	6 174 464
2007-2008	6 446 326
2008-2009	12 231 625
	29 942 028

11. PROCÉDURES D'APPROVISIONNEMENT

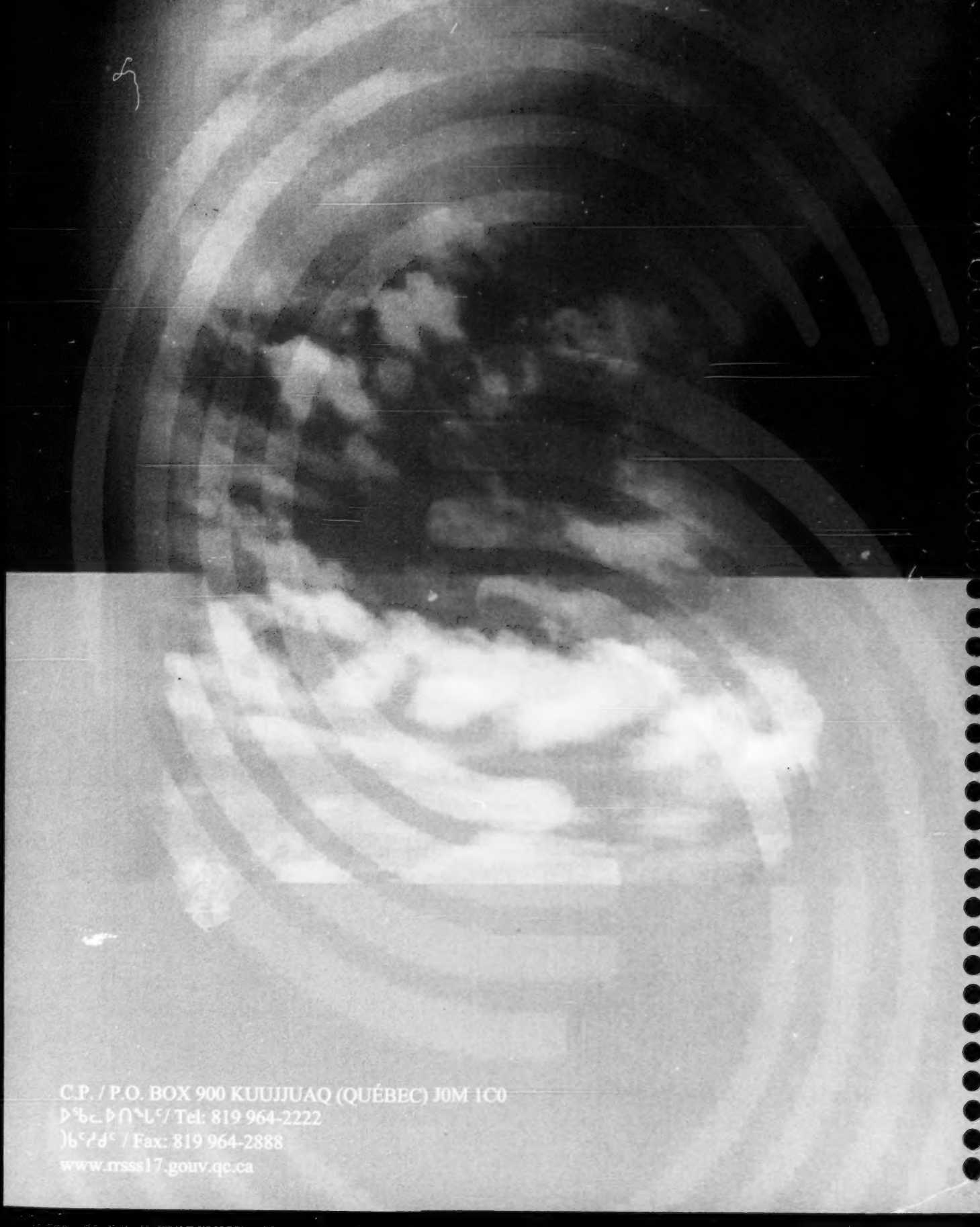
La Régie régionale n'a pas de politiques ou de procédures d'approvisionnement approuvées et certains achats ont été effectués sans appel d'offres et la plupart des services achetés ne sont pas accompagnés de contrats valides.

De plus, dans la plupart des cas, la preuve d'approbation par le directeur ou le responsable de budget n'était pas disponible avec la facture du fournisseur lors du paiement de celle-ci.

12. NOUVELLES UNITÉS DE LOGEMENT

Au 31 mars 2009, le coût de construction s'élevait à 19 874 840 $ pour les unités de 2008-2009 et de 9 995 842 $ pour les unités de 2007-2008. Ces projets sont gérés et temporairement financés par la Corporation d'hébergement du Québec. Puisque la Corporation d'hébergement du Québec n'a pas encore reçu le certificat de fin des travaux, ces projets ne sont pas fermés et sont présentés comme des travaux en cours.

En 2009-2010, à la fermeture des projets, les coût et la dette à long-terme reliés à ces projets seront transférés aux états financiers des établissements concernés.



C.P. / P.O. BOX 900 KUUJJUAQ (QUÉBEC) J0M 1C0
ᐅᖃᓕ ᐅᑎᖅᓯᒪᔪᑦ / Tel: 819 964-2222
ᑲᑎᒪᔨᖅ / Fax: 819 964-2888
www.rrsss17.gouv.qc.ca